Políticas sociais brasileiras em contextos de crise
desafios contemporâneos
Warllon de Souza Barcellos
Marco José de Oliveira Duarte
(orgs.)
editora
UEMG

Políticas sociais brasileiras em contextos de crise: desafios contemporâneos

Warllon de Souza Barcellos
Marco José de Oliveira Duarte
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BARCELLOS, W. S., and DUARTE, M. J. O., eds. *Políticas sociais brasileiras em contextos de crise*: desafios contemporâneos [online]. Belo Horizonte: Editora UEMG, 2020, 202 p. ISBN: 978-65-86832-07-5. Available from: https://books.scielo.org/id/hsnyy.
https://doi.org/10.36704/9786586832075.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimento 4.0.

Políticas sociais brasileiras em contextos de crise

desafios contemporâneos

Warllon de Souza Barcellos
Marco José de Oliveira Duarte
(orgs.)

Belo Horizonte, 2020

editora | UEMG

EDITORA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS | EdUEMG

Conselho Editorial

Thiago Torres Costa Pereira | UEMG
Amanda Tolomelli Brescia | UEMG
Ana Elisa Ribeiro | CEFET-MG
Ana Lúcia Almeida Gazzola | UFMG
Fuad Kyrillos Neto | UFSJ
Helena Lopes da Silva | UFMG
José Márcio Pinto de Moura Barros | UEMG/PUC Minas

Thiago Torres Costa Pereira
Editor-chefe

Gabriella Nair Figueiredo Noronha Pinto
Coordenação administrativa e editorial

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS | UEMG

Lavínia Rosa Rodrigues
Reitora

Thiago Torres Costa Pereira
Vice-reitor

Raoni Bonato da Rocha
Chefe de Gabinete

Fernando Antônio França Sette Pinheiro Júnior
Pró-reitor de Planejamento, Gestão e Finanças

Magda Lúcia Chamon
Pró-reitora de Pesquisa e Pós-graduação

Michelle Gonçalves Rodrigues
Pró-reitora de Ensino

Moacyr Laterza Filho
Pró-reitor de Extensão

Expediente

Warllon de Souza Barcellos
Marco José de Oliveira Duarte
Organização

Thales Santos
Projeto gráfico e diagramação

Estúdio do texto
Isabella Moreira da Mata
Tainá França Verona
Revisão

Direitos desta edição reservados à
Editora da Universidade do Estado de Minas Gerais.

Imagens de capa e aberturas de capítulos por Unsplash.
Disponível em: https://unsplash.com/

Rod. Papa João Paulo II, 4001. Cidade Administrativa,
bairro Serra Verde, BH-MG, CEP: 31630-900
(31) 3916-9080 | e-mail: editora@uemg.br | **eduemg.uemg.br**

P769 Políticas sociais brasileiras em contextos de crise [recurso eletrônico] : desafios contemporâneos / Warllon de Souza Barcellos e Marco José de Oliveira Duarte (orgs.). – Dados eletrônicos. – Belo Horizonte : EdUEMG, 2020.

Livro eletrônico.
Modo de acesso: <http://eduemg.uemg.br/catalogo>
Vários autores.
ISBN 978-65-86832-07-5

1. Política social. 2. Política pública. 3. Serviço social - Pesquisa. I. Barcellos, Warllon de Souza. II. Duarte, Marco José de Oliveira. III. Universidade do Estado de Minas Gerais. IV. Título.

CDU 304.4(81)

Ficha catalográfica: Valdenicia Guimarães Rezende CRB-6/3099

Prefácio

Este livro sobre políticas sociais em contexto mundial de crise estrutural do capital no Brasil e de desmonte da ordem democrática prevista na Constituição Federal de 1988, constitui, sem dúvida, uma reafirmação de resistência alinhada contra forças neoliberais/conservadoras que, desde fins dos anos 1970, dominam o planeta.

Seus temas, abordados por um conjunto de autores com histórico de compromisso com o pensamento crítico e com a política social pública referenciada na cidadania, atestam esta asserção. Além disso, revelam, no seu trato analítico, disposição de problematizar desafios contemporâneos à política social brasileira com a confiança de que *transformar é possível*. Não transparece, por conseguinte, no *animus* dos autores e organizadores desta coletânea, a visão fatalista que mentores e executores do neoliberal-conservadorismo difundiram a respeito da invencibilidade dessa ideologia, dentre os quais ressaltam, respectivamente: o teórico Friedrich Von Hayek e a ex-primeira ministra inglesa, Margareth Thatcher, de par com o ex-presidente dos Estados Unidos, Ronald Reagan.

Efetivamente, os participantes desta publicação demonstram estar cientes da historicidade das turbulências sociais e políticas globais – geradoras de regressões nos padrões de vida, de trabalho e de segurança social dos cidadãos –, bem como da importância de combatê-las. Demonstram, ademais, conhecimento da magnitude do poder destrutivo dessas turbulências em meio ao uso do mais

avançado aparato científico e tecnológico na produção de riquezas, que se quedam concentradas em poucas mãos.

Este é um paradoxo que particulariza e torna mais complexa a conjuntura social contemporânea na qual prevalece o mais profundo, acelerado e desumano desmanche das políticas sociais e dos direitos que elas deveriam concretizar; paradoxo esse que precisa ser tematizado como, aqui, se faz, e que, neste prefácio, empreendem-se esforços neste sentido.

Em breve retrospecto, é possível afirmar que, nunca antes, desde a Grande Depressão Econômica de 1929 até o final da Segunda Guerra Mundial, em 1945, a qualidade de vida das pessoas, a segurança social e os direitos contra o abuso do trabalho assalariado se deterioraram como neste terceiro milênio. A crise do capital que se manifestou, em 2007, e se agudizou, em 2008, sob a aparente forma de crise financeira, aprofundou necessidades sociais para as quais se receitaram tratamentos solapadores da legitimidade de instituições representativas do Estado.

E isso, obviamente, acirrou antagonismos de classe que pareciam estar pacificados. De um lado, despontaram movimentos anticoletivistas pautados em valores que reintroduziram, nos sistemas de regulação social, velhas apologias que incumbiam, ao indivíduo, o provimento de suas próprias carências por meio de sua inserção competitiva no trabalho assalariado e no mercado de consumo. E, nesse processo, o direito social de ser protegido pelo Estado cedeu lugar ao mérito individual, transformando os cidadãos em consumidores, isso quando não empreendedores. Mas, por outro lado, surgiram resistências sociais coletivistas defensoras do protagonismo do Estado na garantia do acesso e usufruto do cidadão a bens e serviços sociais que lhes seriam devidos como direitos conquistados no rastro da expansão da democracia desde fins do século XIX.

Contudo, esse cenário de conflitos não emergiu, propriamente, com a crise de 2007 e 2008. Desde finais dos anos 1970, ele foi sendo cultivado, como um ovo de serpente, no bojo do colapso das políticas keynesianas que conferiam papel decisivo ao Estado na regulação econômica e social; e, também, no processo de recrudescimento da ideologia anticomunista alimentada pela Guerra Fria entre Estados Unidos e União Soviética, desde 1945 ao término da Segunda Grande Guerra.

O resultado desse cultivo foi a emergência triunfante de um projeto de poder global nas asas de um capitalismo não mais regulado e nem referenciado em consignas democráticas, denominado Neoliberal; ou melhor, de um projeto que, apesar de render homenagem ao liberalismo, não se reduziu à recuperação do liberalismo clássico, desbancado pelo keynesianismo, especialmente porque, enquanto o velho liberalismo visava combater o pré-capitalismo, o neoliberalismo, associado ao um novo conservadorismo ascendente nos anos 1980, mirava o socialismo como inimigo figadal.

É nesse contexto que a política social vem sendo esvaziada de seu caráter público e de seu conteúdo social. E, como tal, passou a ser programada para atender, com precedência, necessidades de lucro do capital, em vez de necessidades sociais. A sua crescente privatização atende a esse desiderato e denuncia a sua captação pela lógica do mercado que é, por natureza, antissocial.

No Brasil, a gradativa privatização de tudo o que é publico faz parte do propósito neoliberal, aqui, introduzido nos anos 1990, de integrar o país à ordem econômica mundial desregulada e financeirizada. E o momento que se mostrou ideal para o completo alcance desta meta é o atual, iniciado em 2016, com o golpe parlamentar, jurídico e midiático, por meio do qual a democracia e o Estado de direito vêm sendo aniquilados. Desde então, o país vive uma explícita guerra de

classe em que os trabalhadores estão cada vez mais à mercê do despotismo do capital, incluindo o estrangeiro, em seu insaciável assalto ao patrimônio nacional.

O próprio golpe de 2016 foi um instrumento dessa guerra de classe, o que, no Brasil, não constitui surpresa. Com efeito, toda vez que o poder econômico do país, dominado pelo capital imperial, sente que está perdendo o controle sobre o poder político e sobre a estrutura de desigualdade social de ranço escravocrata, os golpes acontecem com assentimento de setores da sociedade civil.

Essa tradição tem a ver com o fato de o Brasil nunca ter rompido com a sua herança escravocrata e de tê-la transplantado, com naturalidade, nas relações de classe mantidas em momentos posteriores à abolição formal da escravatura.

Até hoje, a enormidade da pobreza no Brasil, o último país das Américas a abolir a escravatura, não causa desconforto geral, assim como não incomodam as práticas de trabalho servil ou semisservil dos segmentos pobres nos ambientes domésticos dos endinheirados.

Vive-se, internamente no Brasil, um *apartheid* social entre ricos e pobres, que se naturaliza e se cria na consciência do brasileiro opressor um complexo de subserviência, vulgarmente chamado de "vira lata", perante o imperialismo internacional.

Não por acaso, a principal indignação moral brandida no Brasil sobre os golpes de Estado é a corrupção, por configurar um delito contra o patrimônio. Os crimes contra a vida, inclusive os hediondos, não lhes causam comoção comparável aos praticados por "ladrões" (a pecha mais infamante e digna de linchamentos), principalmente se a vítima pertencer ou tiver origem na senzala. O curioso, porém, é que os crimes de corrupção só indignam se forem praticados pelo pessoal do Estado, e nunca pelos agentes do mercado privado, que são os que praticam,

diariamente, corrupção congênita em todos os interstícios do sistema. Mas, isso, para o brasileiro apreciador do empreendedorismo e do mérito competitivo, não é corrupção: é esperteza, inteligência na arte sedutora de lucrar.

Análises disponíveis revelam que houve, no país, uma escolha deliberada pela manutenção da profunda desigualdade social, visto que a vontade política poderia atenuá-la com políticas públicas, como a agrária e a fiscal. A sempiterna concentração de terras em mãos de uma oligarquia predadora e um sistema de tributação regressivo é algo que impressiona negativamente os estrangeiros de todas as extrações (intelectuais, políticos e até empresários). Impressiona, por exemplo, que, no Brasil, as alíquotas de impostos sobre herança sejam de 2% a 4%, posto que, em outros países, elas chegam a 30%; e a tributação de fortunas fique em 5%. Enquanto isso, os mais pobres pagam, no mínimo, 30% de sua renda via impostos indiretos sobre o gasto com luz, gás e alimentação.

O poder de mando do capital financeiro internacional sobre o governo brasileiro, instituído pelo o golpe de 2016, é assombroso ao ponto de a submissão acachapante desse governo, aos mandos imperiais desse capital, configurar-se – mais do que um ato de irresponsabilidade administrativa ou projeto ideologicamente entreguista – um crime de lesa-pátria; ou melhor, um ato de traição política contra a pátria, matando a democracia e a soberania nacional por meio de medidas ilegítimas, autoritárias e fraudulentas, que liquidam com o setor público.

E, embora essa prática esteja enraizada no jogo antiético praticado pelas drásticas políticas liberalizantes adotadas pelos agentes capitalistas internacionais desde o triunfo do neoliberal-conservadorismo, nos anos 1970, contemporaneamente, ela contempla a seguinte particularidade: para esses agentes, as mudanças implantadas pelo capital internacional, em países politicamente fragilizados, como foi o caso da Rússia e dos antigos países do Leste Europeu, e agora do Brasil, devem ser rápidas, súbitas e devem funcionar como terapias

de choque para que possam tirar proveito máximo dessa fragilidade e da ausência de possíveis contra-ataques. E o resultado já se conhece: "geração de mais pobreza e desproteção social para a maioria da população, enquanto as elites aliadas aos governos traidores se convertem em seguidores necessários ao processo e em novas plutocracias"[1].

Em suma, o Brasil de hoje está diante de uma terra arrasada em matéria de política social. E tal processo destrutivo caminha a passos largos com a adoção de medidas que desfalcam, no presente e no futuro, a população de qualquer segurança social. A guerra de classe em curso já mantém na miséria mais de 16 milhões de habitantes, número previsto para aumentar em 3,6 milhões com os cortes nos gastos sociais planejados pela gestão governamental atuante em 2018. Mesmo assim, esse governo interino cria aceleradamente reformas que restringem recursos da saúde, educação e assistência social ao mesmo tempo em que beneficia grandes empresas e produtores rurais devedores de impostos. O que fazer?

Este é, dentre outros, um desafio ingente e provocante para a política social brasileira da atualidade, face ao qual este livro procura contribuir com análises e interpelações fundamentadas e críticas. Boa leitura.

Potyara Amazoneida Pereira Pereira
Professora emérita da Universidade de Brasília.
Brasília/DF, 07 de abril de 2018.

1 BURGAYA, Josep. *La economia del absurdo*. Barcelona: Ediciones Deusto, 2015, p. 117.

Apresentação

A presente coletânea, intitulada *Políticas sociais brasileiras em contextos de crise: desafios contemporâneos*, surge a partir de debate e ações realizados no Núcleo de Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social (NUPESS), instituído, desde 2017, na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), Unidade Carangola.

Em meio a esse contexto, destaca-se a necessidade de a categoria profissional de assistentes sociais debater sobre este tema, apesar de não se restringir a eles uma vez que vários trabalhadores vivenciam esses tempos sombrios com o avanço do conservadorismo em contexto de reformas e retrocessos no estágio atual do Estado brasileiro.

Vale destacar a centralidade das políticas sociais, as quais se colocam como os principais objetos e postos de trabalho para um conjunto de categorias profissionais, em particular de assistentes sociais, em diversos campos dessas políticas, tais como previdência social, assistência social, saúde, drogas, saúde mental, educação, segurança pública, entre outras.

Portanto, operando com isso, urge a necessidade deste debate acadêmico e político, produzido e levado a cabo por pesquisadores, docentes e profissionais da área de Serviço Social em um momento de reflexão de seu papel e de tantos outros trabalhadores nesses espaços sócio-ocupacionais em uma conjuntura de contrarreforma e de retrocessos nas referidas políticas sociais.

Ressalta-se que esta coletânea vem contribuir imensamente para os debates acerca das políticas sociais brasileiras, além de preencher, de uma só vez, uma lacuna de produção de conhecimento sobre a análise de diversas áreas dessas políticas nos cursos de graduação e pós-graduação (*lato sensu* e *stricto sensu*) em Serviço Social. Mas, também, para todas as áreas do conhecimento científico que problematizam esse objeto de estudo e pesquisa por todo o país, visto encontrarmo-nos em um complexo contexto de perda dos direitos da classe trabalhadora com a adesão, por parte do Estado brasileiro, a uma política econômica que atende aos interesses do mercado financeiro em detrimento das políticas sociais públicas.

A direção política, portanto, é de um retrocesso significativo que vem imprimindo uma acirrada desigualdade social, que prejudicará as futuras gerações no acesso à saúde, educação, assistência social, previdência social e trabalho, entre tantos outros direitos sociais. Contudo, resistir é preciso.

Com isso, emerge a proposta de organizar esta publicação com artigos produzidos a partir de investigações de diversos núcleos de pesquisas de universidades públicas brasileiras que, embora, versem sobre seus respectivos objetos de estudo, relacionam-se com a temática principal das políticas sociais brasileiras. Assim, em meio a um contexto de sucessivos retrocessos no que tange às políticas sociais, faz-se necessário debatermos e propormos, aos nossos leitores, perspectivas analíticas pautadas na crítica e na resistência.

As políticas sociais, no Brasil, estão relacionadas diretamente às condições vivenciadas pelo país em nível econômico, político e social. São vistas, por um lado, como mecanismos de manutenção da força de trabalho e, por outro, como conquistas dos trabalhadores, ou como doação das elites dominantes, e, ainda, como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão.

O Serviço Social, como profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, deve ser entendido a partir das configurações expressas pelas relações de classes estabelecidas pelo modelo societário, o capitalismo.

Dessa forma, o Serviço Social, como uma das profissões responsáveis pela mediação entre Estado, burguesia e classe trabalhadora na implantação e implementação das políticas sociais destinadas a enfrentar a questão social, emergiu, no Brasil, na primeira metade do século XX, como forma de resposta civil e estatal à pobreza e ganha, hoje, novos contornos a partir do complexo cenário formado pelos monopólios e pelo ideário neoliberal.

No que diz respeito à questão social, a presente reflexão parte do princípio relacional daquela com o modo de produção capitalista, no bojo do processo de industrialização e do surgimento do proletariado e da burguesia industrial. Historicamente, a questão social é uma nominação surgida na segunda metade do século XIX, na Europa ocidental, a partir das manifestações de miséria e de pobreza oriundas da exploração das sociedades capitalistas com o desenvolvimento da industrialização. É nesse contexto que se iniciam as respostas para o enfrentamento desse novo jeito do capitalismo surgido naquela época.

No capitalismo concorrencial, a questão social era tratada de forma repressiva pelo Estado, ou seja, a organização e a mobilização da classe operária para a conquista de seus direitos sociais eram casos de polícia.

Já no início do século XX, com o contexto de emergência do capitalismo monopolista, a questão social torna-se objeto de resposta e de estratégia do Estado por meio de políticas sociais como mecanismo básico de controle das classes trabalhadoras e, ao mesmo tempo, legitima-se como representativo de toda a sociedade. Passa-se a exigir intervenção dos poderes públicos nas

questões trabalhistas e a criação de órgãos públicos que pudessem se ocupar dessas questões.

É tarefa inerente à profissão compreender a lógica de formação e o desenvolvimento da sociedade capitalista e os impasses colocados pelos conflitos sociais, tendo como campo de atuação as expressões da questão social. E, nessa perspectiva, o assistente social defende a luta pela democracia econômica, política e social; busca a defesa de valores éticos para o coletivo em favor da equidade; defende o direito ao trabalho e o emprego para todos e todas. Ainda, a luta pela universalização da seguridade social, com garantia de saúde pública e previdência para todos os trabalhadores, uma educação laica, pública e universal em todos os níveis. Enfim, luta pela garantia dos direitos como estratégia de fortalecimento da classe trabalhadora e mediação fundamental e urgente no processo de construção de uma sociedade emancipada.

O livro se agrupa a partir de três eixos para fins de exposição dos artigos, originários de pesquisas acadêmicas no âmbito das políticas sociais.

No primeiro eixo, os artigos irão descrever os desafios para as políticas de seguridade social em meio aos avanços de práticas neoliberais e em um contexto de reformas.

O primeiro capítulo, intitulado *A política previdenciária brasileira em questão: construção histórica e retrocessos reformistas*, objetiva discutir a concepção da política previdenciária como de proteção social ao trabalho e seus determinantes sócio-históricos à luz da teoria crítica marxiana na totalidade do sistema capitalista e de suas contradições, mediado pelas lutas da classe trabalhadora em prol de um sistema de proteção social e decorrente das desigualdades sociais que formatam a questão social. Conclui-se que a verdadeira razão dessas "reformas", no movimento reflexivo da empiria à essência do concreto pensado, está

no jogo embutido da dívida pública, nos interesses econômicos com relação à previdência social privada, nos desvios constantes dos seus recursos e da seguridade social para outros fins. Dessa forma, as décadas de 1990-2000 configuram, para a previdência, uma paulatina desconstrução homeopática dos seus princípios e da seguridade social como um todo e explicam a natureza e finalidade dessas contrarreformas.

O segundo capítulo é intitulado *Política pública de assistência social: conquistas, desafios e ameaças a sua institucionalidade*. Este texto tem como objetivo refletir criticamente sobre o processo histórico de institucionalização da política de assistência social no Brasil, demarcando, em primeiro lugar, o contexto dos anos 1980 como fundamental para promover importante inflexão com relação ao legado assistencialista que caracteriza esta arena setorial. Em seguida, busca sistematizar os principais desafios do processo de implementação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), apontando problemas e vicissitudes à conformação da Assistência Social enquanto política pública garantidora de direitos. O terceiro momento aborda o contexto atual marcado por ameaças que atacam, visceralmente, a frágil institucionalidade da Assistência Social entre nós. Por fim, propõe uma agenda de debates com temas cruciais que reforçam a defesa teórica, técnica e política dessa assistência como responsabilidade pública, inscrita na seguridade social, compreendida, portanto, na perspectiva da integração entre diferentes áreas das políticas sociais e públicas.

O terceiro capítulo, intitulado *Impactos do "Neoliberalismo do século XXI" na política de saúde brasileira*, objetiva avaliar as atuais tendências políticas de saúde brasileira por meio do conceito proposto pelo autor, "neoliberalismo do século XXI". O estudo está pautado no método fundamentado na obra de Marx e, metodologicamente, recorre à pesquisa bibliográfica a partir da identificação, localização, compilação e fichamento de materiais pautados no descritor

"política de saúde". Ao realizar uma análise comparativa referente aos governos dos anos 1990 e início dos anos 2000, o autor identifica mais processos de continuidades do que rupturas na política de saúde brasileira. De forma geral, as estratégias nacionais, pautadas em organismos internacionais, têm sido de criação de bases institucionais e legais para expansão de cadeias lucrativas e concentração do capital, transformando o direito à saúde na compra de um bem disputado no mercado de consumo pelos diversificados planos de saúde e/ou pelo pagamento direto do serviço, por meio de atendimentos particulares. Assim, a ofensiva neoliberal na política de saúde brasileira se reveste ideologicamente de um discurso do "SUS possível", mediante a centralidade na "saúde da moeda".

O segundo eixo desta coletânea trata-se de analisar, no contemporâneo, como as políticas sobre drogas, saúde mental e educação têm se desenvolvido em meio a um contexto conversador do século XXI. Para tanto, salientam-se seus desafios atuais.

No quarto capítulo, *Política de drogas, modelos assistenciais e a rede de atenção aos usuários no Brasil: uma análise crítica*, incide uma análise das políticas sobre drogas no Brasil. Em meio a tantos retrocessos e ataques à classe trabalhadora, fica clara a importância de nos mobilizarmos em defesa dos direitos sociais e constitucionais. Neste sentido, o texto tem por objetivo apresentar o modo como se construiu historicamente a política sobre drogas no Brasil, seu desenvolvimento e manutenção em meio aos avanços neoliberais e ao conservadorismo. Perpassando, em suas análises, os governos FHC, Lula, Rousseff e Temer apontando como em tais governos essa política avançou em alguns pontos e vem retrocedendo em tantos outros.

O quinto capítulo, intitulado *Política pública de saúde mental e serviço social: desafios contemporâneos*, problematiza a referida política a partir do marco da reforma psiquiátrica brasileira, antes e depois da Lei Federal nº 10.2016/01,

demarcando a institucionalização da rede de atenção psicossocial e as ameaças e retrocessos que se operam na gestão da referida política em conjuntura recente. Contribuem, com suas análises contundentes sobre esse processo, pensar criticamente o lugar do Serviço Social nesse cenário, apontando alguns desafios contemporâneos, e, em particular, as estratégias de resistência coletiva frente aos ditames conservadores que se impõem ao campo da saúde mental, álcool e outras drogas.

O capítulo seis apresenta a *Contrarreforma da Educação Superior e os principais aspectos sobre a mercantilização do ensino brasileiro*. No intuito de contribuir para o aprofundamento do debate em torno da contrarreforma da política de Educação Superior brasileira, o estudo tem como pano de fundo uma análise da constituição do Estado brasileiro. Para tanto, mostrou-se necessário um recorte histórico que se localiza ao processo de mercantilização a partir do golpe ditatorial militar até as principais ações dos governos que sucederam a Constituição de 1988. Assim, torna-se possível traçar as linhas que demonstram o desenho da Educação Superior na atualidade, principalmente no que tange à ampliação da concentração privada, que culminou no quadro mercantilizado, com baixa qualidade e em favor dos cursos à distância.

No terceiro eixo desta coletânea, Políticas sociais e Direitos Humanos, abordam-se os desdobramentos da política urbana e da segurança pública.

Para isso, o sétimo capítulo, intitulado *Kalabari, Calabar e a releitura contemporânea dos Quilombos*, apresenta como os quilombos, à época da escravidão na concepção hegemônica, eram sinônimos de esconderijos de negros fugidos. Contudo, para os negros, representavam uma forma de resistir ao sistema escravista, e, ao mesmo tempo, uma conquista da liberdade para cultuar sua religião de matriz africana, seus batuques e vivenciar sua cultura. Na contemporaneidade, alguns quilombos foram incorporados à cidade, devido ao desenvolvimento

urbano, e estes passaram a ser chamados de quilombos urbanos. Todavia, não poderíamos também considerar ou fazer um paralelo com os espaços de alta concentração de negros, sejam eles uma comunidade, um bairro, e que procuram valorizar sua cultura, identidade e resistem à opressão do Estado e do capital imobiliário contra a expulsão dos moradores, para dar lugar às moradias destinadas às classes média e alta, como quilombos contemporâneos? O artigo propõe discutir esses espaços de resistência negra e de valorização de sua cultura enquanto quilombos contemporâneos, além de demonstrar a luta dessa população pela efetivação das políticas urbanas, como o direito à moradia.

Para concluirmos esta coletânea, apresentamos o oitavo capítulo, *Prisão, controle social e direitos humanos: algumas notas sobre a segurança pública no Brasil*. Este ensaio aborda a temática das prisões e Direitos Humanos, buscando refletir sobre como as experiências prisionais contemporâneas concorrem na produção e reprodução de um sistema social desigual e segregador. Sua finalidade é problematizar, de modo exploratório, os limites desse sistema carcerário a partir da vivência e das representações que a trajetória prisional traz aos sujeitos aprisionados. Lança luz sobre a dimensão concreta e, ao mesmo tempo, subjetiva num percurso de valorização da ótica dos assistidos. Nessa direção, constata-se que a prisão continua a ser um potente dispositivo de produção e reprodução de vidas "perdidas", reiterando o que os estudos históricos já haviam constatado, ou seja, que desde seu nascedouro, a prisão atesta os fortes traços de segregação e extinção dos pobres da sociedade de classe, reiterando a importância das resistências e lutas por uma nova sociedade, construídas na intransigente defesa dos Direitos Humanos.

Por fim, convidamos os leitores a se implicarem e se aventurarem pelas linhas e artigos aqui publicados nesta coletânea. Que, assim, nosso objetivo de contribuir para o debate crítico de ideias e análises de políticas sociais setoriais no Estado capitalista brasileiro, em tempos de retrocessos de direitos e avanços

do conservadorismo, seja real. E, desse modo, afirmemos a luta e a resistência como proposta e desafio que se põe a todos os cidadãos, profissionais, trabalhadores e gestores em prol de uma resposta coletiva como esta coletânea possibilitou realizar.

Boa leitura!

Os organizadores

Outono, Minas Gerais, 2019.

Sumário

Parte 1: A seguridade social brasileira no cenário das políticas sociais atuais

Capítulo 1

A política previdenciária brasileira em questão: construção histórica e retrocessos reformistas — **22**

Ana Maria Baima Cartaxo

Capítulo 2

Política pública de assistência social: conquistas, desafios e ameaças a sua institucionalidade — **45**

Giselle Lavinas Monnerat
Andréa de Sousa Gama
Ney Luiz Teixeira de Almeida

Capítulo 3

Impactos do "Neoliberalismo do século XXI" na política de saúde brasileira — **65**

Carlos Antonio de Souza Moraes

Parte 2: As políticas sociais no contemporâneo e seus desafios

Capítulo 4

Política de drogas, modelos assistenciais e a rede de atenção aos usuários no Brasil: uma análise crítica **101**

Warllon de Souza Barcellos
Marco José de Oliveira Duarte

Capítulo 5

Política pública de saúde mental e serviço social: desafios contemporâneos **122**

Marco José de Oliveira Duarte
Sabrina Pereira Paiva

Capítulo 6

Contrarreforma da Educação Superior e os principais aspectos sobre a mercantilização do ensino brasileiro **143**

Cynthia Santos Ferrarez

Parte 3: Políticas sociais e Direitos Humanos

Capítulo 7

Kalabari, Calabar e a releitura contemporânea dos Quilombos **163**

Ana Claudia de Jesus Barreto

Capítulo 8

Prisão, controle social e direitos humanos: algumas notas sobre a segurança pública no Brasil **184**

Rosane Cristina Moreira de Souza
Warllon de Souza Barcellos

Sobre os autores **200**

Parte 1

A seguridade social brasileira no cenário das políticas sociais atuais

Capítulo 1

A política previdenciária brasileira em questão: construção histórica e retrocessos reformistas

Ana Maria Baima Cartaxo

1. INTRODUÇÃO

O texto proposto discute a concepção da política previdenciária como a de proteção social ao trabalho e seus determinantes sócio-históricos à luz da teoria crítica marxiana na totalidade do sistema capitalista e de suas contradições, mediadas pelas lutas da classe trabalhadora em prol de um sistema de proteção social, decorrente das desigualdades sociais, que formatam a questão da sociedade.

É nesse contexto que se dá a origem da política social previdenciária na Velha República, em um Brasil agroexportador. Na Era Vargas, em razão do próprio modelo de desenvolvimento capitalista, essa política se torna pública, desenvolvendo-se, de forma contraditória nesse período e, posteriormente, no Estado autoritário militar. Esse fato ocorre em razão da formação de um novo perfil de trabalhador, na Era Vargas, e como política compensatória na ditadura de 1964-1984, em face da ausência de liberdade política, individual e coletiva, como reparação devido aos parcos salários da classe trabalhadora.

O ápice do seu desenvolvimento ocorre com a Constituição Federal de 1988, no período de redemocratização do país, quando a política previdenciária se alarga em termos de cobertura populacional e na diversidade dos benefícios prestados, integrando o tripé da seguridade social em um novo modelo de proteção social brasileiro.

Há uma clivagem desse processo nas décadas de 1990-2000, com a crise do sistema capitalista que ordenou estratégias de enfrentamento neoliberal, seja no processo de organização do trabalho ou na mudança de concepção e gestão do Estado. Nesse cômputo, a contrarreforma da Previdência era prioritária em razão de sua importância econômico-social. Desconstrói-se, desse modo, a razão oficial e imperiosa de sua "reforma" pelo desvelamento concreto dos seus motivos.

Concluímos que a verdadeira razão dessas "contrarreformas", no movimento reflexivo da empiria à essência do concreto pensado, está no jogo embutido da dívida pública, nos interesses econômicos com relação à previdência social privada, nos desvios constantes dos seus recursos e da seguridade social para outros fins. Dessa forma, as décadas de 1990-2000 configuram, para a previdência, uma desconstrução homeopática dos seus princípios e da seguridade social como um todo, bem como explicam a natureza e finalidade das mudanças ocorridas.

O sistema de proteção social tem, como centralidade, o trabalho, e se constitui em um contrato social entre o Estado e a Sociedade, em razão do caráter salarial, no contexto do sistema capitalista, que se expressa na contradição entre capital x trabalho, determinante das desigualdades sociais. Desigualdades as quais impulsionam as lutas sociais, que, ao adquirirem visibilidade, configuram a questão social, enfrentada pelo Estado, e classes empresariais por meio de políticas sociais. Particularmente, a política previdenciária brasileira constitui-se como de proteção social ao trabalho, em um paradoxo entre a reprodução da força de trabalho, necessária ao capital, e o atendimento às necessidades sociais. Essas são motivadas pelo afastamento das atividades laborativas do(a) segurado(a), como meio de manter a força de trabalho e a sua possibilidade de consumo, ao mesmo tempo em que enfrenta e ameniza os conflitos sociais (FALEIROS, 2005). Segundo o artigo 201 da Constituição Federal de 1988, objetiva-se:

> Cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; proteção à maternidade, especialmente à gestante; proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; pensão por morte do segurado homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º.

Desde 1988, no tripé da seguridade social, ao compor com as políticas de saúde e assistência, não obstante a inauguração desse novo sistema de proteção, a política previdenciária contraria a seguridade social ao estabelecer-se no modelo de seguro social, ou seja, de contribuição prévia para cobertura de "riscos sociais", assemelhando-se ao seguro comercial privado.

Seu surgimento, desenvolvimento, expansão e retração no mundo, especificamente no Brasil, são determinados pela dinâmica da sociedade em cada estágio do desenvolvimento do sistema capitalista em seu movimento conjuntural e na correlação de forças entre as classes fundamentais.

O presente artigo tem como objeto de reflexão essa política social em seu percurso histórico, desde a sua origem, no marco da Velha República, ao seu desenvolvimento nos períodos contraditórios ditatoriais: Civil – Estado Novo Getulista (1930-1945) e autoritário militar (1964-1984). O ápice do seu desenvolvimento ocorre na Constituição Federal de 1988.

O processo de sua desconstrução, a partir da década de 1990 e que se acentua no século XXI, tem como razão primeira a crise estrutural do sistema capitalista, cuja restauração tem, entre outras estratégias, a "contrarreforma" previdenciária pública e seu direcionamento privado, respaldado pelo novo cenário do trabalho em seu processo de organização flexibilizado e precarizado. E, também, pelo consentimento da sociedade civil divinamente adestrada pelo discurso ideológico de sua inviabilidade financeira, em uma crise propalada que não se sustenta nas análises teóricas e empíricas da realidade.

Assim posto, este artigo está estruturado além da Introdução e das Considerações finais em três seções: 1 – Origem e desenvolvimento da política social previdenciária: da Velha República ao Estado Novo Getulista; 2 – A política previdenciária

do Estado autoritário militar à Constituição Federal de 1988; e 3 – Crise capitalista e retrocesso previdenciário – A estratégia restauradora.

2. ORIGEM E DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA SOCIAL PREVIDENCIÁRIA: DA VELHA REPÚBLICA AO ESTADO NOVO GETULISTA

A Velha República (1889-1929) definia-se por um Brasil agroexportador e dominado, politicamente, pelas oligarquias agroexportadoras, caracterizando-se por interesses regionais antes restritos pelo poder imperial. As elites rurais rejeitavam o sistema patrimonial central, período esse denominado como "Política dos governadores" (MALLOY, 1986, p. 31). Desse modo, os grupos dominantes estabeleceram barganha no nível nacional, extrapolando o contexto regional, processo esse chamado de "Coronelismo", semelhante ao "Caciquismo" da América Espanhola.

Os coronéis detinham o poder das propriedades e das populações que eram em grande parte rural, em torno de 70% (MALLOY, 1986, p. 32). Esse cenário foi determinante na Velha República à política de controle das massas populares, cuja questão social era considerada como caso de polícia, devendo ser enfrentada pelos órgãos repressivos do Estado. Mesmo assim, podemos identificar duas grandes greves (1917 e 1919): os trabalhadores do ABC que, entre outras reivindicações, lutavam por um sistema de proteção social para o Brasil, até então ignorado pelas autoridades brasileiras, o que impulsionou a promulgação das primeiras leis previdenciárias – a Lei de Acidente do Trabalho, em 1919, como de responsabilidade do empregador; e a Lei Eloy Chaves, em 1923, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), organizadas por empresas, mas em uma perspectiva liberal, centrada na contribuição dos segurados.

As divergências entre as oligarquias rurais exportadoras e não exportadoras, aliadas ao processo urbano-industrial em curso no Brasil, e a insatisfação de frações da classe média determinaram a revolução de 1930, que colocou Getúlio Vargas no poder e estabeleceu uma nova era para o sistema de proteção social brasileiro, particularmente com relação à política previdenciária.

A questão social, então considerada como "caso de polícia", passou, no período getulista, a ser regulamentada nos marcos jurídicos do Estado. Assim é que se dá a tutela sindical ao Estado com a criação do Ministério do Comércio e Indústria, em 1931; a criação da Justiça do Trabalho, distinta da Justiça Ordinária e da Legislação Social. Em 1933, ocorreu a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPS, que, diferentemente das CAPS, foram organizados por categorias profissionais e se constituíram em um marco da política pública, no financiamento tripartite composto por trabalhadores, empresários e o Estado. Foram sendo organizados, conforme a expressividade econômico-política dessas categorias no cenário nacional. Assim, primeiro foram os marítimos e ferroviários, ficando à margem do processo os trabalhadores rurais, os domésticos e autônomos. Concomitante a esses institutos, foram criados a Fundação Legião Brasileira de Assistência e o Sistema S: SESC, SENAI e SENAC – responsáveis pela formação e profissionalização da classe trabalhadora, igualmente importante para integração àquele sistema previdenciário e ao processo de industrialização em curso –, para a formação de um novo perfil de trabalhador. A organização jurídica das relações trabalhistas foi materializada na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), 1943. Estava, assim, delineado o sistema de proteção social brasileiro: de um lado imbricado na organização do trabalho e, de outro, possibilitando a capitalização do sistema de uma poupança interna, iniciada ainda no governo de Getúlio.

Ao longo de sua trajetória, a política previdenciária foi incorporando vários elementos importados das políticas sociais dos países desenvolvidos centrais,

sem, contudo, abranger a sua universalidade. Do modelo bismarckiano alemão, incorporou o caráter de seguro social e o financiamento tripartite – Estado e sociedade (empregadores e empregados). Do corporativismo italiano, através da implantação de institutos por categoria profissional, que também diferenciavam os tipos de serviços, não obstante o básico ser aposentadorias e pensões, e, secundariamente, a saúde. Em meados da década de 1960, o Brasil sofre novo golpe: agora militar (1964-1984) que será explanado na seção seguinte.

3. A POLÍTICA PREVIDENCIÁRIA DO ESTADO AUTORITÁRIO MILITAR À CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A passagem do modelo econômico concorrencial para o monopolista, nos moldes do Estado autoritário (1964-1984), concorreu para uma nova ordenação da política previdenciária, utilizada como implementação desse novo modelo desenvolvimentista. E, também, como política compensatória, quer em face do agravamento socioeconômico das classes trabalhadoras, como do controle político diante da repressão às liberdades individuais e coletivas, não obstante as mobilizações ocorridas, em 1968, e, principalmente nas décadas de 1970-1980.

Um dos aspectos importantes dessa época foi a unificação dos IAPS no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), marco inicial dos serviços médicos privados, por meio de prestações de serviços conveniados ou credenciados; mudança do *locus* de prestação da saúde ambulatorial para hospitalar. Isso possibilitou a expansão dos equipamentos sofisticados médicos e da farmacologia. Todas essas alterações redundaram na mudança de paradigma na prestação da saúde, que passou do modelo coletivo para o individual.

Concomitante à criação do INPS, ocorreu a criação do Banco Nacional de Habitação (BNH) e do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, este em substituição à estabilidade do trabalhador após dez anos de trabalho. A formação desse banco viabilizou a substituição dos ex-IAPS na função de financiador da casa própria pelo BNH, com os recursos extraídos do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), o que assegurou o crescimento industrial da construção civil na época.

A centralidade no INPS permitiu, ainda, a racionalidade técnico-burocrática do sistema, que passou a ser gerido sem a participação dos trabalhadores, que foram extirpados de representação no interior daqueles IAPS e substituídos por representantes do governo alicerçados na ideologia de um gerenciamento "a-político" (grifo nosso).

A forte repressão ditatorial da década de 1970, aliada às manifestações dos trabalhadores, conforme nos referimos anteriormente, e a gravidade socioeconômica vivenciada naquele período propiciaram várias medidas previdenciárias: salário maternidade de 90 dias, amparo aos maiores de 70 anos de idade e inválidos e acidente de trabalho para os trabalhadores rurais. Ao mesmo tempo, foi ampliada a cobertura previdenciária com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), gerenciado pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), em 1971; e, também, a inclusão dos autônomos e domésticos ao sistema previdenciário, respectivamente, em 1972 e 1973. A cobertura previdenciária de novos segmentos populacionais se aliava à perspectiva desenvolvimentista do período com a possibilidade de aumento de consumo dos bens industrializados. Além disso, foram criados o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAM), Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) e o Sistema Nacional de Saúde (SNS).

O agravamento da instabilidade econômica, intensificada pela crise do capitalismo internacional marcara as décadas de 1970-80 no Brasil, expresso em acelerado processo inflacionário, recessão, endividamento externo, deterioração cambial, desemprego e aumento da pobreza. Essa situação socioeconômica fissurou o Estado autoritário, pressionado, também, pelos novos movimentos sociais e a mobilização dos trabalhadores (ALVES, 1984; ANTUNES, 1988). Provocaram a distensão e depois a abertura do sistema, que, segundo um dos seus militares, Geisel (1974-79), deveria ser essa distensão lenta e segura para o Estado militar (VIEIRA, 1983).

Surge a Nova República com a exaustão do período militar erigida de forma controlada via processo do Colégio Eleitoral, contrariando as manifestações de massa por "Diretas Já". A redemocratização, portanto, do país não rompeu de fato com o regime autoritário, que passou, segundo Fernandes (1986), do braço armado militar para o civil.

O ponto áureo, nesse processo da política previdenciária, ocorreu com a nova relação que se estabeleceu entre Estado e sociedade por meio da Constituição Federal de 1988, quando foi formulado um novo modelo de proteção social, a Seguridade Social, baseada no tripé: Previdência, Assistência e Saúde. Fundamentada nos princípios de: universalidade de cobertura, equanimidade entre as populações urbanas e rurais; e nas formas de participação de custeio; irredutibilidade dos benefícios; caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa com a participação de trabalhadores e empresários. E ampliaram-se os tipos de benefícios: salário maternidade de 90 para 120 dias e extensão às empregadas domésticas e autônomas; licença paternidade de oito dias; nova ampliação de cobertura pela criação do segurado facultativo, além da instituição da aposentadoria proporcional ao tempo de serviço, reduzindo em cinco anos: as mulheres (25 anos de serviço) e os homens (30 anos).

As Leis nºs 8.213 e 8.212, de regulamentação dos dispositivos Constitucionais referentes à Previdência Social, somente foram promulgadas em 24 de julho de 1991, que são, respectivamente, Plano de Benefícios e de Custeio da Seguridade Social. A amplitude da política previdenciária, conforme descrevemos, foi alicerçada em suporte financeiro que possibilitasse a execução dessa abrangência, inclusive considerando a assistência e a saúde, ou seja, a seguridade social. Isso para afirmar que a seguridade tem os dispositivos financeiros necessários à execução do que determina a Constituição. Mas tão logo ela foi promulgada, se deu o discurso da necessidade de sua contrarreforma, sob a alegação que tornava o Brasil ingovernável dada a extensão dos direitos sociais, principalmente os previdenciários.

É nesse cômputo que o Brasil adere ao Consenso de Washington (1989), sob os auspícios de uma crise do sistema capitalista que coloca entre as estratégias de enfrentamento a "necessidade de reforma da previdência social" que se configura como uma contrarreforma, a qual será nossa discussão na seção que se segue.

4. CRISE CAPITALISTA E RETROCESSO PREVIDENCIÁRIO – A ESTRATÉGIA RESTAURADORA

4.1 Dos primeiros governos neoliberais – década de 1990

A década de 1990 inaugura, no Brasil, a contrarreforma neoliberal no âmbito da política previdenciária, expressa em redução ou extinção dos direitos sociais previdenciários e em mudanças nas regras de acesso. Seria uma forma de restringir o gasto público preconizado pelos ditames do Consenso de Washington

de 1989, quando impôs exigências aos países do terceiro mundo ou em vias de desenvolvimento como o Brasil.

A conjuntura dessa década materializou o primeiro processo de contrarreforma previdenciária sob o discurso ideológico "da modernidade", visando o ingresso do Brasil no mercado competitivo globalizado, justificado ideologicamente pelo aceno à "justiça social" – igualdade de direitos aos distintos segmentos populacionais (setor privado e funcionalismo público) – e em razão do envelhecimento da população brasileira, que repercutia na baixa relação entre ativos e inativos, origens do seu déficit, segundo os seus propositores. Podemos pensar a contrarreforma dessa década em um contexto governamental que abrangeu os governos de Fernando Collor de Mello (1990-1992) a Fernando Henrique Cardoso (1995-1998; 1999-2002).

O primeiro governo daquela década foi de preparação para essa contrarreforma, haja vista a impossibilidade política para sua realização, em razão do *impeachment* do presidente, mas a discussão sobre a contrarreforma estava plasmada a partir da criação da Comissão Especial de Estudos do Sistema Previdenciário.

A eleição desse presidente deu-se em um clima ideológico de combate à corrupção e sob a propaganda de elevação do país à modernidade, categoria central do seu "Projeto de Reconstrução Nacional" (1991), o qual definia essa categoria não apenas como de avanço técnico e científico, mas em padrões de justiça social, liberdade política, redistribuição de renda, considerando, no entanto, que o instrumento para isso seria a "reforma" do Estado e a liberação da economia. Esta seria fundamentada na reestruturação produtiva, reversão do modelo de substituição de importação com abertura e expansão do investimento e do mercado internacional. Nesse cômputo, a Previdência era considerada arcaica, cujo número de benefícios engessavam o país, dificultando, pelos seus custos, a classe patronal e tornando-a ingovernável pelo Estado. Nesse cenário, estava

o ataque à Constituição Cidadã de 1988. Assim, essa modernidade poderá ser apreendida, segundo Harvey (1992, p. 26), como uma "destruição criativa".

No bojo da questão, estava a necessidade de contrarreforma do Estado em face e devido à crise do sistema capitalista em nível internacional, que grassava nos países desenvolvidos do capitalismo central desde os meados da década de 1970. Era chegado o momento de os países periféricos serem incluídos nessa ciranda, de forma integrada e combinada ao capitalismo internacional, em um novo modo de submissão imperialista como nos fala Mandel (1992). Chegava, assim, ao Brasil, depois de quase 20 anos de crise. O que estava em cena era a necessidade imperiosa de uma nova estratégia de enfrentamento do sistema capitalista em sua crise. Desse modo, não seria a criação e expansão das políticas sociais keneysianas e beveridgianas que formulariam o pacto entre democracia e capitalismo (PRZWORSKI, 1989), mas uma estratégia contrária que reduziria o Estado em termos de políticas sociais. Entre estas, a previdência adquire relevo em face de sua importância econômico-social. As transformações do mundo do trabalho, a partir da década de 1970, pela sua flexibilização ao modelo fordista com as devidas consequências – precarização das condições de trabalho, maleabilidade dos direitos e desemprego estrutural –, provocaram o arrefecimento das lutas sindicais, forma de enfrentamento pelo capital da classe trabalhadora, redundando na possibilidade, neste cenário, de empreender a contrarreforma previdenciária.

No Brasil, é no período conjuntural de FHC (1995-1998) que foi objetivado o primeiro processo da contrarreforma previdenciária neoliberal, por meio inicialmente da PEC 33/1995, que, após um longo processo, transformou-se em Emenda Constitucional nº 20, em 15 de dezembro de 1998. Esta foi traduzida em extinção da aposentadoria por tempo de serviço sendo substituída pelo tempo de contribuição: 30 anos – Mulher e 35 anos – Homem; extinção da aposentadoria proporcional ao tempo de serviço (25 anos – Mulher e 30 anos – Homem);

extinção da aposentadoria especial aos 25 anos de serviço para os professores universitários, permanecendo apenas para os professores de ensino básico e fundamental; e o funcionário público passou a ter regras para se aposentar: cinco anos no cargo, aliados à idade mínima de 48 anos – Mulher e de 53 anos – Homem. Essa inventiva possibilitaria, ao reduzir o espaço público, abrir caminho para a previdência privada complementar, o grande mote da contrarreforma.

O período conjuntural foi propício a essa contrarreforma em razão da legitimidade política do governo ao editar o Plano Real, que controlou a inflação, embora a preço de uma âncora cambial para manter o real equiparado ao dólar. A prioridade continuou sendo a política econômica restrita à estabilização e à abertura comercial, apesar de que, em seu discurso de governo, estivesse presente a retórica do desenvolvimento social, o qual seria viável somente a partir dessa diretriz econômica e das privatizações.

A ênfase no econômico possibilitou a abertura da previdência privada fazendo parte de uma estratégia do capitalismo internacional centrado na dominância do financeiro, por meio do qual os Fundos de Pensão e as Seguradoras Privadas constituem-se como forma de capitalização do sistema.

4.2 Década de 2000 – continuísmo e mudanças do processo ao golpe de 2016

A década dos anos 2000, a partir dos governos Lula (2003-2006 e 2007-2010), expressou-se em uma conjuntura contraditória, no sentido de um continuísmo econômico dos governos anteriores, que deixou perplexo o segmento progressista que apostou na esperança de um governo popular-progressista. Por outro lado, acenou com algumas medidas sociais. Em seu "Plano Brasil para Todos" – Plano Plurianual (2004-2007), propõe:

> (...) enfrentar o desafio histórico de eliminar a fome e a miséria que envergonham a Nação e atingem milhões de irmãs e irmãos. Construir uma sociedade dinâmica e moderna, tirar o País da letargia, gerar empregos e riquezas e estabelecer justiça social, são objetivos que só serão alcançados com um crescimento firme e duradouro. Promover um desenvolvimento sustentado com equidade social (BRASIL, 2003).

Formalmente, ainda no mesmo documento, reconhece que o desenvolvimento social só seria possível com um "Estado forte que conduzisse o processo" (BRASIL, 2003). Nesse sentido, difere dos planos anteriores quando a modernidade significava a reforma do Estado. No entanto, o que se concretizou, no âmbito da Previdência, foi primeiro a manutenção do Fator Previdenciário e, em segundo lugar, a rapidez com que se deram as demais contrarreformas previdenciárias, dada a legitimidade desse governo.

A vitória de Lula foi alçada, paradoxalmente, de um lado, pelo agravamento da questão social – desemprego, fome, má qualidade das políticas públicas –, e, de outro lado, pelo arco de aliança partidária. Neste sentido, Robert Michels (apud BETO, 2006, p. 87): "(...) defende a tese, até agora confirmada pela história, de que todo partido de esquerda que insiste em disputar espaço na institucionalidade burguesa, termina por ser cooptado por ela, em vez de transformá-la".

Boito Jr. (2003) e Dias (2004) analisam essa questão pela via da conciliação de classe ou mudança de direção do partido em um processo político e societário de mudanças, nos últimos anos, que inclui, também, os movimentos sociais em posturas político-ideológicas à nova ordem neoliberal.

As contrarreformas previdenciárias do governo Lula ocorreram por meio das Emendas Constitucionais: nº 41, em 19 de dezembro de 2003; e a de nº 47, de 5 de dezembro de 2005. No geral, foram dirigidas mais ao funcionalismo público e se traduziram em aliança do tempo de contribuição à idade mínima

para aposentadoria voluntária: de 48 anos de idade para 55 – Mulher; e de 53 para 60 anos de idade – Homem, além de mais 30 e 35 anos de contribuição, respectivamente, aliada ao tempo mínimo de serviço público: de 15 para 20 e 25 anos e manutenção do cargo em que se daria a aposentadoria (5 a 10 anos). Além disso, quebrou a paridade entre ativos e inativos (conquistada pela Constituição de 1988) e a isonomia. Também implantou a contribuição previdenciária para os aposentados e pensionistas (do serviço público) em 11%, sobre o que excede o teto do Regime Geral de Previdência Social (RGPS).

O governo Lula teve apoio da classe média aliada à grande burguesia brasileira e ao imperialismo, como também da classe trabalhadora, configurando-se em uma nova hegemonia, que é, por Boito Jr., denominada de hegemonia neoliberal e regressiva (BOITO JR., 2003, p. 14).

A política econômica continua favorecendo ao grande capital, principalmente ao financeiro, haja vista os lucros bancários oriundos de altas taxas de juros e do índice (4,5%) do superávit primário. Entre janeiro e setembro de 2005, os lucros dos cinco maiores bancos do país (excluída a Caixa Econômica Federal), somados, registraram um salto recorde de 52% (OS LUCROS, 2005). Em 2006, o lucro das 104 instituições financeiras do país galgou um lucro de R$ 33,4 bilhões, o que representou R$ 22,9% sobre o patrimônio líquido (GOVERNO, 2007).

A classe média tem seus interesses contemplados ao poderem desfrutar de melhores salários, emprego e proteção social privilegiada numa perspectiva de cidadania dual (BOITO JR., 2003; MOTA, 1995), em que a proteção básica e pública é garantida, embora de forma precária, enquanto as classes mais favorecidas desfrutam de melhor proteção. E as classes trabalhadoras são cooptadas ou atraídas pela ilusão ideológica de participação no usufruto do poder. Isso tem acontecido junto ao núcleo central do novo sindicalismo como no caso da eleição do presidente da CUT, com apoio do governo e como participante no escalão

autárquico ministerial do trabalho, e, depois, da Previdência. A grande massa popular foi beneficiada, primeiramente, com o Programa Fome Zero e, depois, com a Bolsa Família, pela qual o governo pagou R$ 11,17 milhões às famílias até abril de 2007 (GOVERNO, 2007).

Nesse sentido, o governo adquiriu legitimidade que favoreceu eleger a presidenta Dilma Rousseff, que assumiu no contexto de uma nova crise mundial, iniciada em 2008, desta feita no sistema financeiro com a quebra dos bancos, comprometendo "o futuro da ordem mundial" (FONTES, 2009, p. 118): queda das bolsas dos EUA e da Europa de 8% a 10% (COSTA, 2008, p. 38).

A crise na Europa se expressou em significativos desequilíbrios de competitividade, contas correntes, endividamento, projetos imobiliários em bancarrota em 2008 e com graves consequências sociais – desemprego e demolição de pactos sociais. A afirmação neoliberal ruiu, mais ainda, os Estados de bem-estar social (CHESNAIS, 1996), e provocou mudanças nas políticas sociais dos estados periféricos ao conformar-se em uma "crise social" (FONTES, 2009).

Foi nesse cenário que o governo Dilma teve início com cortes na política orçamentária da ordem de R$ 50 bilhões (SENADO FEDERAL DO BRASIL, 2011), que atingiu principalmente as políticas sociais.

A contrarreforma da política previdenciária retorna à centralidade dos ajustes estruturais. O mote justificador teve ênfase na questão do envelhecimento da população brasileira além do reiterativo "déficit" previdenciário. Dessa forma, podemos listar como mudanças na política previdenciária são realizadas de forma infraconstitucional:

> Lei nº 12.618/2012 – criação do Regime de Previdência Complementar para os Servidores Públicos Federais;

> Lei nº 13.135/2014 – mudanças na concessão dos benefícios: auxílio doença, pensão por morte e auxílio reclusão;
>
> Lei nº 13.134/ 2014 – mudanças no Seguro desemprego, abono salarial e do defeso; e a Fórmula – 85/95 em substituição ao Fator Previdenciário.

O *impeachment* ocorrido em 31 de agosto de 2016 significou o rompimento institucional da redemocratização brasileira ainda imatura e não consolidada de seus 31 anos, após 21 anos de regime autoritário militar.

Esse procedimento de golpe não é isolado do que aconteceu com Zelaya em 2009 e com Lugo no Paraguai, em 2012. Difere dos golpes militares anteriores ocorridos na América Latina (1960, 1970 e 1980). No Brasil, o golpe atual foi programado pela tríade: Congresso, Judiciário e parte da mídia (TATEMOTO, 2016).

Esse retrocesso significa o avanço das forças conservadoras e reacionárias explicitadas em um processo de criminalização dos movimentos sociais e sindicais, perdas de direitos sociais, privatizações das políticas sociais e do patrimônio público através da venda e entrega ao estrangeiro num claro aprofundamento da dependência e subserviência ao capitalismo central, ainda hegemônico, dos Estados Unidos.

O governo ilegítimo de Temer, em seu documento "Uma Ponte para o Futuro", se constitui em um total retrocesso e se traduz em desmonte da seguridade social, da Consolidação das Leis Trabalhistas, nas propostas de privatizações do patrimônio nacional (Petrobrás, Eletrobrás, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal); na venda de terras aos estrangeiros; no ataque às demarcações indígenas; nas contrarreformas do ensino superior e no ensino médio e no epicentro da questão da política de Previdência social.

A proposta da nova contrarreforma da Previdência social (PEC 287/2016 e o substitutivo) se expressa principalmente nos seguintes aspectos:

Aposentadoria alia tempo de contribuição à idade mínima – 65 anos (H) e 62 (M) e uma contribuição mínima de 25 anos; o cálculo será 70% da média dos salários, a partir de julho de 1994 e mais 1,5% para quem superar os 25 anos de contribuição. Para quem fica 30 anos haverá um acréscimo de 2% pontos e 35 anos, 2,5% pontos para cada ano. Para chegar os 100% da média necessita contribuir 40 anos;

Pensões – mantida a vinculação sobre o salário mínimo, com possibilidade de acumular pensão com aposentadoria, com limite de até dois salários mínimos;

O valor do benefício corresponde a 50% do benefício do(a) segurado(a) falecido(a) mais 10% por cada dependente, mas a saída de dependente não reverte para a cota geral. Além do que dispõe a Lei anterior (13.135/2014) sobre a carência, escalonamento do tempo de benefício segundo a idade do beneficiário;

A elevação da carência de 15 para 25 anos é contrária à elevada rotatividade no emprego, índice de informalidade e desemprego. De 2005 a 2014, a média anual de contribuição era cerca de 9 anos, 30% dos contribuintes não conseguem atingir a média. Entre as mulheres, a questão se agrava (ANFIP; DIEESE, 2017);

O aumento da idade a partir de 1º de janeiro de 2020 será acrescido em um ano para os sexos, sendo reproduzida a mesma elevação a cada dois anos, até o limite de 62 anos para mulher e 65 anos para homem.

Receitas e despesas da Seguridade Social – 2008-2016
(Valores correntes em R$ milhões)

ESPECIFICAÇÃO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Receitas	375.827	392.253	458.217	527.226	595.298	651.475	688.375	694.497	718.985
Despesas	310.819	359.748	402.866	451.323	512.953	574.653	632.092	683.058	775.983
Resultado	**65.008**	**32.505**	**55.351**	**75.903**	**82.345**	**76.822**	**56.283**	**11.439**	**-56.998**

Fonte: Tabela construída a partir dos dados da ANFIP, Análise da Seguridade Social, dez. 2017.

Não são divulgados os constantes desvios de recursos da seguridade para outros fins. A Desvinculação da Receita da União (DRU) retirou, em 2016, o valor de

R$ 98,9 bilhões. Entre 2013 a 2015, a média de desvinculação foi de R$ 63 bilhões (ANFIP, nº 128, 2017, p. 14). Além disso, a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional (PGFN) suspendeu a cobrança dos devedores contribuintes em R$ 1,1 milhões (ANFIP, nº 128, 2017, p. 15). Nesse pacote, temos, ainda a considerar, as renúncias que, em 2012, foram da ordem de R$ 182 bilhões, correspondendo a 20% da arrecadação, e a 3,8% do PIB; em 2015 foi de R$ 277 bilhões e, em 2016, de R$ 271 bilhões (ANFIP, nº 128, 2017, p. 15). Deixou, também, de considerar, na receita da seguridade, os recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) no BNDES, que, em 2016, corresponderam a R$ 19 bilhões. Ainda, existem diversas ações que estão embutidas, indevidamente, nas despesas da seguridade social, que, em 2016, foram no valor de R$ 95,8 bilhões para pagar os benefícios de previdência social dos servidores e militares.

Outro discurso ideológico refere-se à questão demográfica – envelhecimento da população brasileira –, argumento esse que vem sendo utilizado desde a década de 1990. Em todas as nações desenvolvidas que integram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a expectativa média de vida é de 81,2 anos, já a do Brasil é de 75 anos e o tempo médio de vida do brasileiro, com saúde e com condições de realizar suas atividades é 65,4 anos. Mais da metade da população brasileira tem uma expectativa de vida bem menor.

Temos, ainda, a considerar as condições heterogêneas da realidade brasileira: há cidades ricas em São Paulo em que a média de vida é de 79 anos, enquanto há cidades no Nordeste, como a cidade de Tiradentes, no Piauí, em que a média é de 54 anos (FAGNANI, 2017, p. 26-27).

Outra justificativa do governo diz respeito à "justiça social", pela qual a contrarreforma tem como objetivo, também, unificar os sistemas previdenciários gerais e os próprios do funcionalismo público, e, assim, acabar com os "privilégios" (grifo nosso). Como nas demais contrarreformas e na PEC 287, também não inclui os

magistrados nem os militares. E, com isso, o governo sataniza o público e busca o consentimento da população com vasta campanha da mídia.

Reafirmamos que o real interesse dessa "reforma" é, de fato, a privatização da política previdenciarária, em razão de sua grande importância econômica para o capital financeiro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão sobre a política previdenciária brasileira só pode ser apreendida em sua essência ao remetermos a totalidade do sistema capitalista com as devidas mediações. Nesse sentido, e fazendo parte do contexto da questão, temos a considerar, nas linhas finais deste texto, o modelo econômico social brasileiro altamente excludente e concentrador de renda.

O Brasil lidera o ranking entre as maiores taxas de juros do mundo. Em termos desses juros, o Brasil pagou R$ 248,9 bilhões e R$ 311,4 bilhões, respectivamente, entre 2013 e 2014; e aumentou em 61% em 2015, passando a R$ 501,8 bilhões (ANFIP, nº 128, 2017, p. 16). Em contrapartida, o sistema tributário é altamente regressivo.

Ao lado dessa realidade, o ajuste estrutural destruiu, entre 2015 e 2016, 2,8 milhões de ocupações e reduziu em 1,7 milhões de empregos com carteira assinada. A desocupação chegou a 5 milhões (idem).

Não existe um projeto de desenvolvimento para a maioria da população brasileira. O que está em jogo não é uma crise do déficit previdenciário como propalado pelo governo e a mídia conservadora. Conforme Mota (1995) "a ideologia da crise" ocorre para consentimento da população à sua "reforma". E Gentil

(2005), em sua tese de doutorado, atesta "A falsa crise da seguridade social". Carlos Drummond, em artigo, menciona "'O Déficit é Miragem' – Previdência – há manipulações de receitas e desrespeitam a constituição ao transformar saldos positivos em negativos" (DRUMMOND, 2016, p. 34-36).

Apesar de certo "alívio" da pobreza absoluta, em período anterior, o Brasil constitui-se em segundo lugar no ranking mundial da desigualdade social *versus* 9ª economia mundial e ser o maior país do planeta em riquezas naturais.

Diante de todo esse caos, urge que os trabalhadores brasileiros acordem e acirrem as lutas contra a PEC 287/2016 e todas as demais contrarreformas que fazem parte da orquestração do desmonte de todo o sistema de proteção social e do trabalho brasileiro.

A perversidade com que se reveste essa PEC nos leva a afirmar, sem exageros, que ela destruirá, junto com o desmonte da saúde e da assistência médica, todo o nosso sistema de proteção social, que, de forma ainda incipiente, ousamos formular em 1988.

Referências

ANFIP – Associação Nacional dos Auditores da Receita Federal do Brasil/Dieese – Departamento Intersindical de estatística e Estudos Socioeconômicos. **Análise da Seguridade Social**. ANFIP, dez. 2017.

ANFIP – Associação Nacional dos Auditores da Receita Federal do Brasil/Dieese – Departamento Intersindical de estatística e Estudos Socioeconômicos. **Previdência:** reformar para excluir? Contribuição técnica ao debate sobre a reforma da previdência. Brasília: ANFIP/DIEESE: 2017, 212 p.

ANFIP – Associação Nacional dos Auditores da Receita Federal do Brasil/Dieese – Departamento Intersindical de estatística e Estudos Socioeconômicos. **Revista da Seguridade Social**. ANFIP, nº 128, dez. 2017.

ALVES, Maria Helena Moreira. **Estado e Oposição no Brasil (1964-1984)**. Petrópolis: Editora Vozes, 1984.
ANTUNES, Ricardo. A Rebeldia do Trabalho: o confronto operário no ABC Paulista. As greves de 1978/80. São Paulo: Ensaio, 1988.

BETO, Frei. **A Mosca Azul** – Reflexão sobre o Poder. Rio de Janeiro: Rocco, 2006.

BOITO JR., Armando. **A hegemonia neoliberal no governo Lula**. Crítica Marxista, Campinas, n. 17, p. 10-36, jul., 2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Plano Plurianual 2004-2007: Mensagem Presidencial**. Brasília-DF: Ministério do Planejamento, 2003. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/ppa/2004-2007/ppa-2004-2007/mensagempresidencial.PDF. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado Federal destinada a investigar a contabilidade da previdência social, esclarecendo com precisão as receitas e despesas do sistema, bem como todos os desvios de recursos (CPIPREV). **Proposta de Emenda à Constituição – PEC 287-A – 2016. Relatório Final Senador Paulo Paim**. Senado Federal, 2017. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/539169. Acesso em: 20 jun. 2019.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xanã, 1996.

COSTA, Antônio Luiz M. C. Não há grana que baste. **Carta Capital**, São Paulo, n. 517, p. 38-39, 15 out. 2008.

DIAS, Edmundo Fernandes. As "reformas" do Governo Lula. **Universidade e Sociedade**, Brasília, n. 34, p. 23-33, out., 2004.

DRUMMOND, Carlos. "O Déficit é Miragem". *In*: **Carta Capital**, 08 jun. 2016, p. 34-36.

FAGNANI, Eduardo. O "déficit da Previdência é uma pós-verdade". **Carta Capital**, São Paulo, p. 26-27, 13 mar. 2017.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política social do Estado Capitalista**: as funções da previdência e assistência Social. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

FERNANDES, Florestan. **Nova República?** Rio de Janeiro: Zahar Editora, 1986.

GENTIL, Denise Lobato. **A política fiscal e a falsa crise da seguridade social:** análise financeira do período 1990-2005. 2006. 358f. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia. Universidade Federal do Rio de janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GOVERNO pagou R$ 11,17 milhões às famílias até abril de 2007. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 12 mar. 2007, B1, ano 86, n. 28.467, s/p.

HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna:** Uma Pesquisa sobre as Origens de Mudança Cultural. São Paulo: Loyola, 1992.

MALLOY, James M. **Política de Previdência Social no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

MANDEL, Mandel. **El Capitalismo Tardio**. México: Era, 1992.

MOTA, Ana Elizabeth. **A Cultura da Crise e da Seguridade Social**. São Paulo: Cortez Editora, 1995.

OS LUCROS dos cinco maiores bancos do país registraram um salto recorde de 52%. **Brasil de Fato**, São Paulo, ed. 143, 24 nov. 2005, s/p.

PRZWORSKI, Adam. **Capitalismo e Social** – Democracia. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

TATEMOTO, Rafael. Direita brasileira aprendeu com golpes em Honduras e no Paraguai, avaliam militantes. **Brasil de Fato**, São Paulo, 15 ago. 2016. Disponível em: https://www.brasildefato.com.br/2016/08/15/direita-brasileira-aprendeu-com-golpes-em-honduras-e-no-paraguai-avaliam-militantes/. Acesso em: 15 mar. 2019.

Capítulo 2

Política pública de assistência social: conquistas, desafios e ameaças a sua institucionalidade

Giselle Lavinas Monnerat
Andréa de Sousa Gama
Ney Luiz Teixeira de Almeida

1. INTRODUÇÃO

Este texto tem como objetivo refletir, criticamente, sobre o processo histórico de institucionalização da Política de Assistência Social no Brasil, demarcando, em primeiro lugar, o contexto dos anos 1980 como fundamental para promover importante inflexão no legado assistencialista que caracteriza esta arena setorial. Em seguida, busca-se sistematizar os principais desafios do processo de implementação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), apontando avanços e vicissitudes à conformação da Assistência Social enquanto política pública garantidora de direitos. O terceiro momento aborda o contexto atual marcado por ameaças que atacam visceralmente a frágil institucionalidade da política. Por fim, propõe uma agenda de debates com temas cruciais que reforçam a defesa teórica, técnica e política da Assistência Social como responsabilidade pública, inscrita na seguridade social, compreendida, portanto, na perspectiva da integração entre diferentes áreas das políticas sociais.

2. DO ASSISTENCIALISMO À CONFORMAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

É forçoso reconhecer que inexiste sociedade humana que não tenha constituído – com suas diferenças históricas – alguma estrutura de proteção social para seus membros, notadamente os mais pobres. Inicialmente, tais estruturas se apresentaram mais ou menos institucionalizadas e, sobretudo, ancoradas nas famílias, organizações religiosas e comunidades. É somente após a Revolução Industrial, especialmente na Inglaterra, num cenário de pauperização intensa dos trabalhadores das primeiras indústrias, que a questão social emerge como consequência do conflito entre capital e trabalho, assim como as inúmeras lutas históricas dos trabalhadores em prol da cidadania. Fica evidente, então, que a

pobreza é consequência da industrialização, o que coloca a necessidade de se conformar aparatos estatais de proteção social. Assim, na primeira metade do século XX, no contexto de reivindicações por direitos sociais e igualdade econômica, se observa a criação de uma gama de instituições públicas de proteção social em diversos países da Europa, o que ficou largamente conhecido como *Welfare State* ou Estado de Bem-estar Social. É a partir daí que se constitui a seguridade social, conceito que orienta o Estado a organizar a provisão de políticas e programas, de caráter público e universal, para proteger a população de riscos como doença, velhice, acidentes etc. Seguridade social é, com efeito, o conceito emblemático das conquistas observadas em termos de direito social no âmbito do capitalismo europeu do século XX. Aqui é inaugurada, na história da humanidade, a concepção de que as políticas sociais são responsabilidade do Estado e direito dos cidadãos. Entretanto, o percurso histórico de constituição da proteção social no Brasil ocorre de modo muito diverso. A emergência de nosso sistema de proteção social nos anos 1930 se dá em momento de forte industrialização e constituição do Estado moderno que, por sua vez, se vê impelido a intervir sobre as questões sociais que têm origem no próprio processo de industrialização e também no êxodo rural, situação em que se verifica grande fluxo de famílias em direção às cidades e que ficam excluídas do mercado de trabalho. Cabe notar que várias instituições de política social são criadas nessa conjuntura, tais como Caixas de Aposentadorias e Pensões e, posteriormente, os Institutos de Aposentadorias e Pensões, a Legião Brasileira de Assistência, o Ministério da Educação, dentre outras. Além disso, é nesta época, precisamente na década de 1940, que se institui a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o salário mínimo e outras medidas sociais voltadas para a reprodução social dos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal. Dessa forma, o Estado busca, a partir da intervenção social baseada na cidadania regulada, atuar sobre as questões sociais sem, contudo, universalizar direitos sociais. Resta, então, aos pobres desempregados e aos trabalhadores pobres do mercado informal, a

"proteção" estatal pontual em situações emergenciais, assim como a "proteção" da filantropia e da sociedade civil, marca indelével do assistencialismo entre nós.

A rigor, a parcela da população que não está sob a proteção da legislação trabalhista conta apenas com a ação de obras sociais da igreja e de entidades filantrópicas, assim como de instituições privadas sem fins lucrativos que operam à margem do Estado. Em geral, essas instituições utilizam estratégias paternalistas que não contribuem para a emancipação dos mais pobres, dos que não têm acesso ao circuito dos serviços sociais e ao mercado de trabalho e políticas de emprego. Nesse rastro de desproteção, toda sorte de caridade, clientelismo e assistencialismo contribuiu ainda mais para a interdição da universalização dos direitos sociais, promovendo um tipo de hierarquização social que reproduz as desigualdades sociais já visceralmente inscritas na sociedade brasileira.

Fleury (2006) assinala que nos anos 1930 e 1940, em razão do contexto anteriormente descrito, a emergência do sistema brasileiro de proteção social se dá com base na dualidade dos modelos de seguro social e assistencial. Já a sua consolidação ocorre no pós 1964, sob o autoritarismo militar. Muito embora, nessa época, se observem mudanças em direção à ampliação de cobertura de programas sociais a partir da criação de novas instituições sociais e incorporação de outras categorias profissionais ao modelo de seguro social, a proteção aos pobres continua à margem do Estado e da constituição da cidadania universal. Os mais pobres seguem dependentes do assistencialismo e tendo como maior utopia conseguir um trabalho de carteira assinada, haja vista que o direito social permanece, paradoxalmente, como privilégio de quem está sob o "guarda-chuva" do modelo de seguro social.

Somente ao final dos anos 1970, no contexto da redemocratização no âmbito do debate sobre a necessidade de reforma das políticas sociais, é possível a reflexão e construção da proposição da política de assistência social como

responsabilidade pública e direito de cidadania. Desse modo, o movimento constituinte da década seguinte incorpora a proposta e a imagem objetiva de rompimento com o legado assistencialista, o que se traduz na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, em 1993, na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

O debate referente ao conceito de seguridade social ocupou espaço importante na agenda constitucional, prevalecendo a noção de seguridade como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (Título VIII, Capítulo II, Seção I, art. 194 da CF).

Na esteira desse entendimento, Yazbek (2014, p. 89) salienta que "a Seguridade brasileira emerge como um sistema de coberturas de diferentes contingências sociais, que podem alcançar a população em seu ciclo de vida, trajetória laboral e em situações de renda insuficiente. Trata-se de uma cobertura social que não depende do custeio individual direto".

O texto constitucional, além de romper com a lógica de seguro social, redesenha os contornos do sistema de proteção social brasileiro, propondo o formato organizacional de uma rede descentralizada, integrada, regionalizada e hierarquizada, com comando único e um fundo de financiamento em cada esfera governamental, além de instâncias deliberativas que garantam a participação social. Ademais, destaca-se a proposição de se articular e integrar políticas públicas ao sistema de seguridade social, o que, na conjuntura atual, dá sustentação e justifica o debate sobre a intersetorialidade das políticas sociais.

Entretanto, a eleição de Fernando Collor de Mello (1990-1993), primeiro presidente eleito em pleito direto após mais de vinte anos de Ditadura Militar, representou um retrocesso significativo nos ideais defendidos na Constituição

Cidadã. Notadamente no plano das políticas públicas, o governo mostrou-se profundamente conservador, patrimonialista e populista, contrariando as diretrizes universalistas da reforma social ainda em curso (DRAIBE, 1998). Trata-se de um contexto adverso do ponto de vista econômico e político, no qual o crescimento da pobreza e da desigualdade social, além do cenário provocado pelos ideais neoliberais de privatização e focalização das políticas sociais, obstruiu a implementação dos direitos constitucionais.

Com relação ao processo de implantação da assistência social como política pública, diversos autores (TELLES, 1998; COSTA *et al*., 2006) registram que também no governo de Fernando Henrique Cardoso houve permanente tentativa de romper com o modelo constitucional e o maior exemplo disso foi a criação do Programa Comunidade Solidária (PCS). Esse programa instituiu uma estrutura paralela e a margem da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), privilegiando o desenvolvimento de projetos sociais em parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGS) em detrimento do aprofundamento do protagonismo das secretarias estaduais e municipais de assistência social. O PCS, ao contrário do que enunciava em sua formulação, reitera a fragmentação da proteção social, visto que mantém uma estrutura paralela ao sistema de proteção social, privilegia programas clientelistas, articula a transferência de responsabilidades para a sociedade civil, mantém baixa a cobertura da população potencialmente beneficiária, assim como persiste a descontinuidade das ações dos programas sociais (SCHOTTZ, 2005). Ou seja, é mantida a perspectiva neoliberal para a implementação da política social com fortes características de refilantropização da questão social brasileira (YAZBEK, 2014).

A política adotada nos governos de FHC (1995-1998 e 1999-2002), mesmo considerando a implementação do Plano Real, não trouxe resultados favoráveis para a proteção social no país, uma vez que o ajuste fiscal não favoreceu a integração via mercado de trabalho e, tampouco, produziu políticas sociais robustas e capazes

de atender as demandas advindas da situação de desemprego e outras vulnerabilidades sociais. Persiste, assim, o descompasso entre as medidas neoliberais e as prerrogativas constitucionais, muito embora seja necessário apontar avanços no processo de descentralização municipal nas áreas de saúde, educação e assistência social.

Ainda sobre essa conjuntura, Yazbek registra que:

> Apesar de eleger como prioridade absoluta o ajuste e a estabilidade econômica e dar pouca atenção à agenda social, a partir de 2001 o governo FHC tenta reverter esse quadro ao criar, através de um contrato com o Banco Internacional de Desenvolvimento (BID), a – 'rede de proteção social'. Esta – 'rede' introduziu no campo social, de forma seletiva, um conjunto de ações setoriais voltadas aos segmentos mais vulneráveis da população. Estas ações conjugavam serviços sociais e transferências monetárias com destaque para a expansão do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), criado em 1996; para o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação – Bolsa Escola; Programa Bolsa Alimentação; Agente Jovem e um pouco mais tarde o Auxílio Gás (YAZBEK, 2014, p. 92).

Essas iniciativas de políticas sociais voltadas para o combate à pobreza, marcadas, especialmente, pela inauguração de programas de transferência de renda, ganham centralidade na agenda da política social do governo Lula, em 2003, quando os programas mencionados são unificados no Programa Bolsa Família (PBF). Nesse contexto, a questão social adquire nova abordagem e o PBF situa-se como estratégia central para o combate à fome e à pobreza. Na sequência, a criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em 2004, busca unificar a intervenção federal no campo social, articulando transferência de renda e assistência social. A estruturação de um ministério para essa área de política demonstra o lugar institucional que a assistência social jamais alcançou no âmbito da proteção social brasileira. Ainda em

2004, é aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), após debate coletivo travado na IV Conferência Nacional de Assistência Social em 2003, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS)[1], que define os objetivos e a estruturação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)[2]. Assim, pela primeira vez na história da proteção social no país, busca-se romper com o legado assistencialista e filantrópico que marca a assistência social. De fato, essa arena setorial, já incorporada legalmente à seguridade social na Constituição Federal de 1988, adquire o estatuto de política pública, o que não é nada trivial visto que a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) de 1993, até então, não havia sido efetivamente considerada pelos governos anteriores. Entretanto, é sabido que a operacionalização da PNAS/SUAS, e de qualquer outra área de política social, é processo que se concretiza gradualmente por depender de inúmeros sujeitos e instituições, além da necessária negociação de interesses intergovernamentais e a sociedade civil. A implementação de políticas e programas sociais, em um Estado descentralizado como o nosso, traz enormes desafios aos gestores e implementadores locais, demandando vasta capacidade de coordenação, além de recursos financeiros suficientes para levar a cabo tal processo. Vale dizer que a descentralização da política social, prevista na Constituição Federal de 1988, ganha contornos de um processo radical de municipalização, no qual o nível local assume a maior parte das responsabilidades relativas à execução da política social. Dada a heterogeneidade da realidade dos municípios brasileiros, pode-se imaginar que a conformação das políticas e programas sociais apresenta diferenciações que passam pelas variadas capacidades institucionais, econômicas, políticas e culturais que singularizam os municípios brasileiros.

1 Política Nacional de Assistência Social aprovada pela Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

2 O Sistema Único de Assistência Social foi aprovado em julho de 2005 pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) através da NOB nº 130, de 15 de julho de 2005.

3. DESAFIOS À IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A PNAS incorpora propostas progressistas para efetivação da assistência social como política pública e direito de cidadania, em acordo com as proposições da Lei Orgânica da Assistência Social de 1993. Essa regulamentação define para esta arena setorial um modelo de gestão compartilhado com base no pacto federativo, discriminando as competências e atribuições de cada nível de governo. Na esteira da PNAS ocorre o processo de normatização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em 2005. De acordo com Yazbek, o SUAS:

> Nasce voltado à articulação, em todo o território nacional, das responsabilidades, vínculos e hierarquia, do sistema de serviços, benefícios e ações de assistência social, de caráter permanente ou eventual, executados e providos por pessoas jurídicas de direito público sob critério de universalidade e de ação em rede hierarquizada e em articulação com a sociedade civil (YAZBEK, 2014, p. 95).

São objetivos da PNAS e do SUAS:

1. Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e/ou especial para famílias, indivíduos e grupos que dela necessitem;

2. Contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em área urbana e rural;

3. Assegurar que as ações no âmbito da Assistência Social tenham centralidade na família, e que garantam convivência familiar e comunitária (MDS/PNAS, 2004, p. 27).

A PNAS e o SUAS incorporam algumas dimensões que devem orientar a concepção, organização e oferta dos serviços e benefícios assistenciais, quais sejam: a intersetorialidade, a abordagem territorial, a ampliação dos usuários da política, a matricialidade sociofamiliar, a estruturação da Assistência Social em Proteção Social Básica e Especial, bem como a organização do monitoramento e avaliação da política com base em um Sistema Nacional de Informação da Assistência Social.

A intersetorialidade, eixo estruturante da PNAS, ao considerar a complexidade das expressões da questão social, requer atuação articulada e planejada de vários setores das políticas públicas e sociais. Trata-se de uma forma de gestão de políticas públicas que está estreitamente vinculada ao enfrentamento de problemas concretos em territórios definidos. Nessa linha de raciocínio, a dimensão territorial, para além de orientar a distribuição geográfica dos serviços e equipamentos, é compreendida de modo mais amplo como espaço de vida, no qual se produzem complexas relações sociais e culturais, assim como processos de resistência e luta contra as desigualdades sociais (SANTOS, 2007). De igual modo, outra importante dimensão da PNAS e do SUAS diz respeito à ampliação dos usuários da política, que agora não são mais reconhecidos por segmentos (idoso, adolescente etc.), mas a partir de situações de vulnerabilidade e risco social. Aliada a isso, a abordagem pautada na matricialidade sociofamiliar reforça o deslocamento da intervenção social do indivíduo em direção à família. Sobre esse ponto, assinala-se que o debate sobre família e política social é extenso, mas, de algum modo, sobressai, na literatura atual, o consenso de que é necessário ter cuidados para não se reeditar práticas conservadoras de culpabilização e responsabilização das famílias pelas condições de vida em que

se encontram. Como corolário desse debate, reconhece-se a necessidade de inovar na construção de metodologias de acompanhamento social das famílias.

Destaca-se, também, que a organização dos serviços da Assistência Social em Proteção Social Básica e Especial (alta e média complexidade) conforma os níveis do sistema levando em consideração a perspectiva de integralidade da atenção e a complexidade da questão social.

A Proteção Social Básica tem caráter preventivo e busca a inclusão social, por meio da prevenção de situações de risco, tendo como alvo o desenvolvimento de potencialidades e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (PNAS, 2004). Esses serviços deverão ser implementados pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Já a Proteção Social Especial deve ser estruturada através dos Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), com base na construção de equipamentos adequados para atender indivíduos e famílias que estejam em condição de alta vulnerabilidade pessoal e social, que caracterize violação de direitos e/ou rompimento de laços familiares. Ainda é importante registrar que a PNAS define as seguranças a serem garantidas, quais sejam: segurança de acolhida, segurança de renda, segurança de convívio, segurança de desenvolvimento da autonomia, segurança de benefícios materiais ou em pecúnia. Por fim, essa política aponta que é inequívoca a importância de se desenvolver a cultura de avaliação e monitoramento da política de Assistência Social.

Do ponto de vista da normatização da PNAS e do SUAS, há também exigências de mudanças cruciais quanto ao aspecto da organização e gestão do trabalho no âmbito dessa política. O desafio de qualificar recursos humanos para o SUAS pode ser dimensionado pela histórica ausência de profissionalização da área da Assistência Social. Ademais, é preciso levar em conta que, em geral, a realidade nacional se caracteriza por municípios com baixa capacidade institucional,

técnica e administrativa. É imperioso reconhecer que o quadro geral da dificuldade de institucionalização da Assistência Social se traduz, também, em instalações físicas precárias e recursos humanos pouco qualificados.

Este último ponto é altamente relevante para o debate acerca dos desafios de implementação do SUAS no país. Necessário dizer que a especificidade do trabalho nesta área de política social tem característica de uso intensivo da força de trabalho, sendo o alcance dos objetivos da PNAS totalmente dependente da mediação dos trabalhadores (COUTO *et al.*, 2010). Nesta arena setorial, atuam várias categorias profissionais com formações diversas e, por isso, o processo de educação permanente para qualificação profissional não pode menosprezar o debate acerca do trabalho coletivo no âmbito do SUAS, no qual se reconhece a interdisciplinaridade como suporte analítico para a compreensão e definição das práticas sociais desenvolvidas. O fato é que quanto maior a profissionalização dessa área de política, menor será a chance de persistir o legado assistencialista.

Pode-se dizer que há poucos estudos que analisam, em âmbito nacional, o processo de implementação do SUAS. Neste cenário, destaca-se o trabalho de Couto *et al.* (2010)[3] que, a partir da articulação de três Programas de Pós-graduação em Serviço Social[4], busca, pela pesquisa empírica, indicar os principais problemas relativos ao processo de implementação do SUAS.

3 Tal estudo, publicado em 2010, tem como objetivo analisar os fundamentos da Política Nacional de Assistência Social e a implantação e implementação do SUAS em nível nacional, com foco nas reflexões sobre a gestão estadual e municipal, assim como no processo de institucionalização dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Foram selecionados 7 estados (Pará, Maranhão, Minas Gerais, São Paulo, Pernambuco, Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e nesses estados foram selecionados 41 municípios de diferentes portes e tamanhos.

4 Programa de Pós- graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e o Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS).

A primeira constatação das autoras é de que a implementação do SUAS se apresenta de forma heterogênea nos estados pesquisados. Mas, apesar das especificidades constatadas, é possível identificar dilemas e desafios universais que precisam ser enfrentados para a concretização da Assistência Social como política pública. Como síntese dos resultados encontrados, Couto *et al.* (2010) destacam os seguintes aspectos:

- O SUAS é uma realidade que vem sendo implantada em todo país, e o paradigma de política pública constitui referência para a maioria dos profissionais;

- O SUAS vem promovendo mudanças relevantes nos aspectos técnico-normativo, organizacional e de estruturação dos serviços socioassistenciais, com tendência a maior unidade e uniformização desses serviços e também maior capacidade de gerenciamento e controle da PNAS;

- Há dificuldades de estruturação do SUAS nos municípios que se caracterizam, notadamente, pela ocorrência de um processo de implantação de caráter burocrático, realizado apenas para atender a uma exigência formal, o que, na visão das autoras, pode ser compreendido em razão da dificuldade de superação da cultura assistencialista;

- Os CRAS e CREAS, apesar das dificuldades na implantação, são considerados pelos municípios como equipamentos centrais com papel protagonista no âmbito do SUAS. As autoras alertam para o risco de se confundir a centralidade desses equipamentos com a própria política;

- As ações desenvolvidas nos CRAS e CREAS encontram-se, em geral, restritas ao atendimento rotineiro de demandas espontâneas;

- A perspectiva das ações e dos serviços socioassistenciais nas dimensões do território e da matricialidade sociofamiliar ainda é pouco incorporada como estratégia metodológica de intervenção profissional;

- A dificuldade de pactuação política entre gestores das diferentes instâncias de governo e entidades assistenciais conveniadas desafia a conformação da PNAS e do SUAS;

- A implementação do SUAS tem acontecido baseada em contratos de trabalho precarizados com baixos salários e grande rotatividade, características da subalternização dos profissionais da área;

- A relação público-privada no âmbito do SUAS evidencia uma das grandes contradições da política na medida que exige forte presença do Estado, ao mesmo tempo que convive com ampla oferta de serviços privados, os quais disputam o fundo público sem efetivo controle social.

Para além das questões mencionadas, a análise empreendida por Couto *et al*. (2010) registra que o compromisso dos profissionais com a implementação do SUAS é fator fundamental para sustentação da perspectiva de construção da Assistência Social como política de Seguridade Social. A pesquisa citada também reforça que a implementação da PNAS vem conferindo maior visibilidade à assistência social nos municípios, embora ainda se verifiquem importantes debilidades no que se refere aos aspectos relativos ao conhecimento necessário para o gerenciamento de recursos financeiros. Há destaque para a notória

fragilidade do controle social, consequência da dificuldade da participação social dos usuários e sociedade civil.

Vale dizer que tal pesquisa demonstra as condições de implementação do SUAS nos anos 2000, sendo relevante destacar que, após esse período, muitas ações de qualificação profissional, entre outras relativas ao incentivo ao aprimoramento da gestão do SUAS, foram desenvolvidas, culminando na formulação da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) no âmbito do SUAS, em 2012.

Por fim, as pesquisadoras chamam atenção para a presença do fenômeno do "primeiro damismo" nos municípios estudados. Com efeito, essa é uma questão que precisa ser observada com cuidado, pois como ressaltam as referidas autoras:

> O caráter reiterativo deste instituto no trato da assistência social revela o caráter patrimonialista da política, mas apresenta-se nesse estágio como primeiro damismo reatualizado, exercendo sua força de continuidade em grande parte dos municípios pesquisados, e, para nossa perplexidade, ganha novas roupagens e (re)legitimação com a aprovação, inclusive de profissionais, que veem no movimento das primeiras damas em busca de formação universitária numa demonstração de mudança positiva nessa realidade (COUTO *et al*., 2010, p. 268).

O "primeiro damismo" é emblema do assistencialismo que atravessa a história da Assistência Social no país. Assim, não à toa, no contexto do golpe parlamentar de 2016, esse recurso é utilizado pelo governo Temer quando indica sua esposa, a primeira dama, para coordenar um programa social e representar esta área de política social. Infelizmente, passamos, neste momento, de um cenário de busca pela superação da fragilidade de implementação do SUAS para outro muito mais grave, o de negação da Assistência Social como política pública.

4. ASSISTÊNCIA SOCIAL COMO POLÍTICA PÚBLICA: AMEAÇAS ATUAIS E APONTAMENTOS PARA UMA AGENDA DE DEBATES NECESSÁRIA

Se o cenário antes de 2016 já apresentava restrições ao investimento público, com evidenciamento da contrarreforma no âmbito da Seguridade Social, a partir deste momento, verificam-se retrocessos radicais nos rumos da política social como um todo. Quanto à Assistência Social, em especial, se vê, lamentavelmente, a reedição das perspectivas moralistas e assistencialistas com tentativas de diminuição da presença do Estado neste setor.

A primeira medida do governo Temer foi alterar a estrutura do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, unificando-o com a pasta do Ministério Agrário. Essa decisão, certamente, desqualifica o lugar que esses ministérios tinham anteriormente e promove impactos negativos nos resultados esperados nos campos destas políticas públicas. Neste caso, o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA) passa a ser coordenado pelo médico Osmar Terra, deputado federal do PMDB. Entretanto, cabe destacar que ele foi secretário executivo do Programa Comunidade Solidária (PCS) da presidência da República, em 1999 e 2001. Como vimos, esse foi o principal programa da área da Assistência Social no governo FHC e foi formulado com base em princípios contrários à LOAS.

No rastro do golpe parlamentar, são realizadas reiteradas tentativas de restringir o acesso ao Programa Bolsa Família (PBF) e de desvincular o Benefício de Prestação Continuada (BPC) do salário mínimo, o que, se for efetivado, restringirá ainda mais o direito à renda mínima no país. Nessa perspectiva, a ameaça mais gritante foi o anúncio do governo federal, em setembro de 2017, de cortar 98% do orçamento da Assistência Social para 2018. Em razão das resistências e pressões políticas sofridas, o governo refez a proposta orçamentária, mas manteve

níveis inaceitáveis de financiamento para o setor. Desse modo, o corte continua em torno de 50% para o financiamento da Proteção Social Básica, e, para a Proteção Especial, o corte está em torno de 44%. Esses valores representam uma diminuição enorme dos recursos comparativamente ao montante previsto pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) para a Assistência Social em 2018.

Essas medidas geraram reações contrárias em várias esferas da sociedade e o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) se posicionou através de moção de repúdio em que arrola diversas ações do governo federal[5] contrárias ao que está definido constitucionalmente para a área da Assistência Social, tais como: descontinuidade de repasses de recursos; descumprimento do comando único; implantação de programas pontuais voluntaristas, como o Criança Feliz; aplicação do congelamento de recursos para a plena universalização de serviços e benefícios; descumprimento das responsabilidades reguladas pelas instâncias do SUAS; aprofundamento da precarização das condições de trabalho dos mais de 600 mil trabalhadores/as e descontinuidade dos serviços estatais.

Ainda temos poucos estudos sobre o atual processo de desmonte do SUAS. Entretanto, é preciso, desde já, ter uma agenda de debate – técnico e político – que retome os princípios do direito social e da responsabilidade pública nesse campo de política, o que, sem dúvida, requer também a retomada do significado histórico da Seguridade social, inscrita na Constituição Federal de 1988.

Na esteira desse entendimento, considera-se como fundamental uma agenda pública de debates com os objetivos de:

5 Ver Moção de Repúdio do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) à Secretaria Nacional de Assistência Social e ao Ministério do Planejamento publicada no site no endereço eletrônico. Disponível em: www.cfess.org.br. Acesso em: 10 abr. 2018.

a. Revitalizar o debate político sobre a assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado;

b. Tomar a intersetorialidade como perspectiva de gestão e intervenção social que pode potencializar a articulação técnica e política entre diversas áreas de políticas públicas e sociais e sociedade civil;

c. Aprofundar o debate sobre o trabalho coletivo no interior dos equipamentos do SUAS, ampliando a capacidade técnica e política das intervenções sociais;

d. Potencializar, a partir dos equipamentos do SUAS (CRAS, CREAS), a discussão política e teórico-metodológica sobre o acompanhamento social das famílias adscritas aos territórios enredados em situações de pobreza e desigualdade social;

e. Fortalecer o debate acerca da participação nos Fóruns de defesa da Política de Assistência Social e instâncias do Controle social;

f. Intensificar parcerias entre universidades e instituições e sujeitos envolvidos com a implementação da Política de Assistência Social para cumprir os objetivos de Educação Permanente nesta arena setorial;

g. Incrementar processos de sistematização da prática profissional visando à produção de conhecimento acerca das condições de vida da população e das dinâmicas de trabalho por parte daqueles que são diretamente responsáveis pela oferta de serviços. Tal sistematização da experiência cotidiana de implementação do SUAS é crucial

para o monitoramento dos rumos que a política está tomando no cenário atual de exacerbado conservadorismo.

Essa agenda reafirma a necessária resistência política e técnica que deve ser travada na defesa das conquistas legais conquistadas e reafirmadas na continuidade do investimento no processo de implementação do SUAS. Indubitavelmente, o enfrentamento deste enorme desafio depende da ação dos trabalhadores, de estudiosos e da sociedade civil.

Referências

BRASIL. Ministério de desenvolvimento social e combate à fome. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)** – Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério de desenvolvimento social e combate à fome. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF: 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. *In*: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. (Orgs.) **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

COUTO, B. R. *et al.* **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. Cortez editora, 2010.

DRAIBE, Sônia Miriam. A construção institucional da política brasileira de combate à pobreza: perfis, processos e agenda. **Caderno de Pesquisa NEPP/UNICAMP**, Campinas, n. 34, 1998.

FLEURY, S. **A Seguridade social inconclusa**. Disponível em: http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/pp/peep/cap_liv/seguridade_social.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo. Edusp, 2007.

SCHOTTZ, V. R. **Programa Bolsa Família**: dilemas e avanços no combate à fome e à miséria. Um estudo de caso do município de São Francisco de Itabapoana. RJ. ENSP/FIOCRUZ, 2005.

TELLES, V. S. A nova questão social brasileira. **Revista Praga de Estudos Marxistas**, São Paulo: Hucitec, n. 6, p. 106-117, 1998.

YAZBEK, M. C. Sistemas de proteção social, intersetorialidade e integração de políticas sociais. *In*: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L.; SOUZA, R. G. (Orgs.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

Capítulo 3

Impactos do "Neoliberalismo do século XXI" na política de saúde brasileira[1]

Carlos Antonio de Souza Moraes

1 Este capítulo é resultado de pesquisa de doutorado realizada no Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social da PUC/SP, sob o título: "O Serviço Social brasileiro na entrada do século XXI: Formação, trabalho, pesquisa, dimensão investigativa e a particularidade da área da saúde" (2016), sob orientação da Profª. Drª. Regina Maria Giffoni Marsiglia.

1. INTRODUÇÃO

Ao analisar a política de saúde brasileira ao longo dos governos de fim dos anos 1990 e início dos anos 2000, embora ações específicas tenham sido desenvolvidas, de forma geral, observa-se que elas estiveram pautadas na concepção neoliberal, representada por organismos internacionais (FMI, Banco Mundial, ONU), por meio da construção de parâmetros que buscaram flexibilizar os recursos públicos, desmontando o Sistema de Seguridade Social e, mais especificamente, deteriorando a saúde pública e priorizando o crescimento de planos e seguros de saúde.

Nesses anos, o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) tem adquirido centralidade na análise da política de saúde, que, a partir de uma política macroeconômica restritiva voltada para o cumprimento de metas de inflação e de superávit primário, tem se mostrado insuficiente e indefinida, dificultando a efetivação dos princípios do SUS constitucional[2] (MENDES; MARQUES, 2012).

Assim, a Política Nacional de Saúde, ao seguir as orientações do Banco Mundial, presentes na área da saúde no país desde os anos 1980 – (CORREIA, 2007), tem integrado o modelo de desenvolvimento ao estimular a indústria nacional por meio da criação de condições de expansão da saúde suplementar, da ampliação do mercado privado e de diversas parcerias público-privadas.

---

2 A Constituição Federal Brasileira de 1988 é mais progressista no que se refere à Proteção Social, qualificando a saúde, a previdência e a assistência social como políticas de Seguridade Social. À saúde couberam cinco artigos (196 a 200), que a determinam como direito de todos e dever do Estado e a estabelecem de forma descentralizada, com controle social e ações integralizadas, universalizadas e baseadas no princípio de equidade.

Outra inovação é a incorporação de uma concepção ampliada de saúde. Esta passa a ser compreendida como o acesso a um conjunto de bens e serviços disponíveis na sociedade, produzidos pela coletividade, mas apropriados privadamente (MATOS, 2014). Neste sentido, a Lei Orgânica da Saúde (LOS, nº 8.080/90) entende que a saúde é determinada e condicionada socialmente, por meio de alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, lazer, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros.

Essa relação histórica entre o público e o privado, na política de saúde, foi analisada por Menicucci (2003) em sua tese de doutorado, com o objetivo de identificar os determinantes históricos do sistema dual de assistência à saúde. Para a autora, as decisões governamentais a respeito da assistência pública de saúde ou ampliação da cobertura incentivaram direta e indiretamente o desenvolvimento do mercado privado de saúde, seja no aspecto da prestação dos serviços, seja na gestão privada da assistência, paralelamente à ampliação da cobertura pública.

No caso da produção de serviços, a opção do governo pela compra de serviços privados favoreceu a expansão desse mercado, que "teve na política previdenciária a garantia da demanda financiada pelo Estado" (MENICUCCI, 2003, p. 316). Através de alocação direta de recursos ou incentivos fiscais, as políticas previdenciárias favoreceram a aceleração de segmentos empresariais, o surgimento da medicina de grupo, cooperativas médicas e sistemas de autogestão relacionados a empresas que administram planos de saúde para seus trabalhadores. Nos anos 1980, houve expansão da assistência privada por meio de planos de saúde, o que significou a institucionalização de diversificadas formas de financiamento, provisão e acesso à assistência à saúde, construindo o padrão segmentado da assistência no país, o que se tornou difícil de ser revertido.

Por outro lado, afirma a autora que os efeitos desses processos políticos não se limitam aos interesses empresariais, mas se expressam também no comportamento dos beneficiados na condição de usuários da política:

> Na sua origem, por se vincular à Previdência Social, a assistência à saúde de caráter público reproduziu as diferenciações registradas entre as diferentes instituições previdenciárias, sendo uma expressão da cidadania regulada, que caracterizou a constituição dos direitos sociais no Brasil. A unificação dessas instituições na década de 60, com a consequente equalização dos benefícios e serviços, foi acompanhada da recriação de

> novas formas de segmentação, desta vez a partir de categorias privilegiadas de trabalhadores em formas privadas de assistência a partir das decisões governamentais voltadas para ampliação da cobertura sob a forma de convênios da Previdência Social com empresas. Essas duas formas de segmentação de clientelas, com a correspondente armação institucional para garantir a cobertura de segmentos de trabalhadores, não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva e de valores solidaristas entre o público-alvo da política, capaz de articular uma demanda universalista. Ao contrário, propiciou a particularização das demandas de saúde e a construção de identidades corporativas (MENICUCCI, 2003, p. 317).

Esse processo acaba se refletindo na implantação da reforma política nos anos 1990, que efetivamente não contava com o apoio de setores mais mobilizados dos trabalhadores, visto que sua inclusão em formas privadas de assistência à saúde, por meio do contrato de trabalho, dará sustentação e, implicitamente, vetará a universalização da assistência pública. Isso reforçou a perspectiva de que ao SUS cabe à cobertura da população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho (MENICUCCI, 2003).

Além disso, a convivência entre essas duas modalidades de assistência à saúde, articulada à precariedade dos serviços públicos, cooperou para construção de imagens negativas sobre a assistência à saúde pública, colaborando para a preferência pela privada, tendendo-se a uma naturalização das escolhas do passado e contribuindo para a falta de suporte político à assistência pública (MENICUCCI, 2003).

Assinaladas essas indicações preliminares, torna-se importante analisar como esse processo vai se desenvolver ao longo dos anos 1990 e 2000. Sendo assim, a proposta deste capítulo consiste em avaliar as atuais tendências da política de saúde brasileira por meio da investigação a respeito das implicações do "neoliberalismo do século XXI" (MORAES, 2016) sobre essa política. Para tanto, o estudo está pautado no método fundamentado na obra de Marx e, metodologicamente,

recorre à pesquisa bibliográfica a partir da identificação, localização, compilação e fichamento de materiais pautados no descritor "política de saúde".

2. A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA NOS ANOS 1990 E NA ENTRADA DO NOVO SÉCULO

A partir dos anos 1990, o Brasil adota *efetivamente* as propostas do Banco Mundial como referência para a área da saúde. Um dos documentos que sintetizam um conjunto de propostas data de 1991 e se intitula "Brasil: novo desafio à saúde do adulto". Esse documento rebate os avanços formais da Reforma Sanitária, contemplados na Constituição e nas leis específicas da área da saúde. Contrapõe-se à universalidade do acesso e indica que os programas de saúde pública devem ser orientados para os pobres.

Assim, as seguintes estratégias têm sido utilizadas pelos governos brasileiros desde os anos 1990: a desvalorização da gestão pública tradicional; a redução de recursos para a área da saúde, reforçando o projeto conservador e reciclando o modelo privatista; a centralização na compra por serviços de saúde, descreditando o movimento de Reforma Sanitária e distorcendo os princípios e diretrizes do SUS.

Essas ações, que se iniciam no governo Collor (1990-1992), têm sido associadas à corrupção, incompetência político-administrativa, encontros de bastidores e negociações pouco transparentes (PAIM, 2008), determinando, durante seu mandato, o aumento da miséria e desigualdade social e contribuindo para o recrudescimento de velhas epidemias e o surgimento de tantas outras.

Ao longo do governo de Itamar Franco (1992-1994), foi possível identificar avanços na tentativa de retomar a doutrina original do SUS. Tais avanços são resultado

da ocupação de lugares, em instâncias decisivas do Estado, por parte de aliados do movimento de Reforma Sanitária e da própria defesa do SUS constitucional, pronunciada por esse presidente.

Assim, esse período é marcado pela extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a interlocução com os movimentos sociais, a discussão a respeito da reforma psiquiátrica e de medicamentos genéricos, a criação do Programa Saúde da Família, a regulação do sistema de assistência médica suplementar e a criação do Decreto nº 1.232/94, a respeito do ressarcimento ao SUS por planos e seguros de saúde pelo atendimento de seus associados em unidades públicas de saúde.

Também nesse período, por mais que tenham sido propostas medidas vinculadas ao atendimento das necessidades de saúde do povo, "os desvios de verbas e a proteção à saúde da moeda estiveram acima da saúde da população" (PAIM, 2008, p. 198). O clima de ajuste macroeconômico levou o governo a criar o Fundo Social de Emergência, sob o pretexto de atender áreas como saúde, educação e previdência, mas que se tornou base para o pagamento de despesas administrativas e pessoais. Além disso, os juros da dívida do governo alimentaram a "ciranda financeira", comprometendo os orçamentos da saúde e educação. Nesse ínterim, houve expansão da assistência médica supletiva a partir de diversificação de planos de saúde para os consumidores e de compra e pagamento de serviços médicos, ao mesmo tempo em que forças econômicas implodiram o conceito de Seguridade Social (PAIM, 2008).

No início do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC, 1994-2002), a questão do financiamento e as repercussões da política econômica sobre as condições de vida e saúde da população foram temas frequentes nos debates da política de saúde (PAIM, 2008). Além disso, a situação da saúde pública se mostrava cada vez mais precária e deteriorada, o que contribuiu para que trabalhadores

e segmentos da classe média migrassem para o seguro saúde e outras formas de assistência médica supletiva. Por outro lado, os usuários do SUS enfrentavam filas, baixa qualidade dos serviços, burocratização, entre outros. Nesse período, já havia apelo para a realização da X Conferência Nacional de Saúde, como defesa da Reforma Sanitária e crítica ao modelo econômico adotado no país.

Para o então presidente FHC, o principal problema do SUS não era de recursos, mas de gerenciamento, sendo necessário realizar uma "cirurgia" no sistema público de saúde, centrando suas ações nos pobres, conforme recomendação do Banco Mundial, mediante os efeitos perversos das políticas de ajuste macroeconômico. Esse SUS real, como configuração da contrarreforma do Estado nos anos 1990, era refém da política econômica, do clientelismo e da inércia burocrática, que contribuíam para ampliação dos serviços privados de saúde (PAIM, 2008).

O discurso e perspectiva adotados por FHC embasavam-se em documento construído em 1995, pelo Banco Mundial, destinado às políticas econômicas e sociais dos países dependentes. A centralidade do documento se expressa na lógica do mercado e custo/benefício, na ampliação do setor privado e na descentralização dos serviços para a sociedade, como medida para desresponsabilizar o Estado (CORREIA, 2007).

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde elaborou dois documentos em consonância com o Banco Mundial, que sintetizavam a contrarreforma do Estado no campo administrativo e organizacional do Sistema Nacional de Saúde. O primeiro documento foi em conjunto com o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, intitulado "Sistema de atendimento de saúde do SUS". O segundo, elaborado pelo Ministério da Saúde, sob o título "Informe sobre a reforma do setor saúde no Brasil", foi apresentado à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e ao Banco

Mundial em setembro de 1995, em reunião especial sobre "Reforma Sectorial en Salud" (CORREIA, 2007).

A ofensividade da contrarreforma do Estado se estruturava fortemente na busca de ultrapassar a compreensão de sua exclusividade no setor saúde. A criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), conduzido por Bresser-Pereira, foi e é uma tentativa de ampliar um novo modelo de gestão, ao possibilitar que os serviços de saúde sejam prestados por Organizações Sociais. Segundo Matos (2014), a proposta era transferir serviços ambulatoriais de referência e dos hospitais para Organizações Sociais, das quais o Estado contrataria o serviço que julgasse adequado, independentemente de ter sido um dia público.

Nesse contexto, FHC e o então ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, lançaram, em março de 1997, "o ano da saúde no Brasil", estabelecendo ações e metas centradas na família, por meio do Programa Saúde da Família, na saúde da mulher e da criança, na regulamentação dos planos de saúde, na revisão da tabela do SUS, entre outros (PAIM, 2008).

Segundo Paim (2008), havia duas principais posições que divergiam em relação ao financiamento e à prestação dos serviços de saúde. Uma primeira posição defendia o Estado regulador e, de modo geral, não prestador de serviços de saúde. Um Estado pequeno, forte, ágil e penetrado pelo controle social. Essa posição defendia as Organizações Sociais como modo de gerenciar os hospitais. Por outro lado, havia a defesa de um Estado regulador e prestador direto de serviços, pautado na lógica da solidariedade e rejeitando as Organizações Sociais.

De fato, a partir de seu marco legal original, a concretização do SUS deixava de ser espaço político e estratégico de atendimento dos interesses da classe trabalhadora e de sua organização em torno de um projeto de sociedade e entrava para o terreno das possibilidades mediante o ajuste neoliberal (SOARES, 2013).

No último ano de gestão do primeiro mandato de FHC, o senador José Serra aceitou o convite para assumir o Ministério da Saúde. Também se evidenciaram alguns avanços na cobertura do SUS, atingindo 95% da população em atenção primária, 70% na secundária e 90% na chamada alta complexidade. Todos os estados e os 436 municípios respondiam pela gestão plena dos seus sistemas de saúde e 4.228 municípios exerciam a gestão da atenção básica, de modo que 15,3% das cidades e 17,2% da população do país ainda não participavam do SUS (PAIM, 2008, p. 223).

No início do segundo mandato, FHC apresentou o "Programa avança Brasil", que tinha como meta a implantação de 20 mil equipes de Saúde da Família até 2002, além de enfatizar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, programas voltados para crianças e adolescentes, vigilância e controle de doenças, assistência de urgência e emergência, humanização do atendimento, proteção ao consumidor e regulamentação dos planos de saúde (PAIM, 2008).

Em 1998, também foi aprovada a Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Há a denúncia de que a regulamentação dos planos de saúde deu-se com debate incipiente na sociedade (MATOS, 2014). Essa lei também determinava as seguintes providências no que se refere ao sistema de assistência médica supletiva:

> Abertura da participação de grupos estrangeiros no mercado nacional; atribuição da regulamentação dos planos privados da assistência à saúde ao Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP); definição da Superintendência de Seguros Privados (Susep) como ente regulatório; criação de um pacote mínimo na assistência à saúde e mecanismos para controlar a seleção de risco pelas operadoras; proibição de exclusão por idade, deficiência física; limites para exclusão de doenças e lesões pré-existentes; garantia de usufruto do plano de saúde após demissão por um período de 06 a 24 meses; vinculação dos planos e seguros a garantias securitárias, atribuindo poder de intervenção à Susep quando

> essas garantias forem insuficientes; estabelecimento do ressarcimento ao SUS pelas operadoras; criação do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU); e criação da câmara de saúde suplementar (PAIM, 2008, p. 224).

Mediante ampliação do mercado de serviços privados em saúde, em 2000, é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Lei nº 9.651/2000, reforçando a "lei dos planos de saúde", como órgão de fiscalização, normatização, controle e regulação das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde. Sua missão era regular a assistência à saúde dos consumidores, a assistência dos associados aos planos de saúde e as operadoras e seguros saúde. Apesar da regulação estabelecida, a Assistência Médica Supletiva (AMS) manteve a segmentação da atenção contrária à integralidade, o desperdício de recursos pela dupla utilização – setores público e privado –, a iniquidade devido à organização dos planos pela capacidade de pagamento, a indução ao consumo e à incorporação, sem critérios, de tecnologia médica (PAIM, 2008).

Também nesse ano, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29), que objetivou equacionar o problema da instabilidade do financiamento do SUS, definindo responsabilidades mínimas para União, estados e municípios. A União deveria apurar, em 2000, o montante empenhado em ações e serviços de saúde de 1999, acrescido de 5%, enquanto que, no período de 2001 a 2004, alocaria o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Já os estados e o Distrito Federal deveriam garantir 7% do produto de arrecadação dos impostos, em 2000, até chegar a 12%, em 2004. Nesse mesmo período, os municípios passariam de 7% para 15% (PAIM, 2008).

Além disso, é possível destacar outros fatos político-institucionais relevantes, tais como:

> [...] criação da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA); implantação do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (SIOPS); adoção

> do cartão SUS em alguns Municípios; implementação do programa de Interiorização do Trabalho em saúde (PITS); atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei 9787/99); realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, e da I Conferência de Vigilância Sanitária, em 2001 (PAIM, 2008, p. 225-226).

No final do segundo mandato do presidente FHC, alguns resultados mostravam-se importantes no campo das hospitalizações, consultas e vacinas através do SUS, com ampliação de atendimento às gestantes e à infância, além do fortalecimento da estratégia de saúde da família. Porém, tais dados reforçavam a não materialização do SUS original, sua precarização, ampliação restrita, fragmentada e desigual, sem anúncios relativos à contrarreforma ou qualquer alteração substancial (SOARES, 2013). Desse modo, o SUS materializado se realizava de forma distante do legalmente instituído, não cumprindo as diretrizes de universalidade, equidade e qualidade, apesar da resistência do Movimento Sanitário.

Para Paim (2008), existiam três projetos distintos para a saúde disputando a hegemonia na sociedade brasileira: o primeiro é o projeto conservador, que reduz a saúde pública aos pobres e trata a saúde e a doença como mercadorias compráveis no mercado de consumo de bens e serviços; o segundo é o projeto da Reforma Sanitária, que se respalda na Constituição de 1988 e nas legislações de saúde em vigor, assumindo a saúde como direito de cidadania e se baseia nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle democrático; e o terceiro é o projeto "reforma da reforma", que busca reatualizar o anterior em função dos ajustes econômicos implementados pelo Estado. Desta forma, para uns, significava a reconstrução dos sistemas públicos de saúde, na perspectiva do planejamento, da gestão e de práticas médico-sanitárias comprometidas com novos modelos de atenção (CAMPOS, 1992). Para outros, significava a correção de certas debilidades gerenciais e dos serviços assistenciais (MENDES, 1996, 2001).

Em relação à política de saúde ao longo dos anos 2000, Andreazzi (2013) compreende que ela tem sido caracterizada por três fenômenos: 1) A consolidação do grande capital na área de serviços de saúde e sua maior vinculação a empresas de seguro de saúde nacionais e internacionais; 2) A privatização de serviços estatais, por meio de terceirização e concessão a empresas privadas lucrativas e não lucrativas, entre as quais as inovações gerenciais do tipo Fundações Públicas de Direito Privado e Organizações Sociais. Após 1990, há constante ameaça de os fundos públicos serem passados para a gestão do setor privado, como ocorreu em países como o Chile e a Colômbia; 3) A participação do gasto privado no orçamento das famílias de baixa renda, a despeito da cobertura formal tanto do SUS quanto de seguros privados de saúde.

O governo Lula (2003-2010), embora inicialmente tenha tido maior abertura para o projeto de Reforma Sanitária, deu continuidade à concepção neoliberal representada por organismos internacionais, apresentando um misto de ações pautadas no que Paim (2008) denomina por "SUS possível". Assim, mediante os limites da política econômica, flexibilizou os princípios da Reforma Sanitária, reatualizando-a de maneira conservadora e articulando suas propostas ao projeto privatista (SOARES, 2013).

De acordo com as propostas do Banco Mundial, os serviços de atenção básica devem ter caráter universal, combinados com a racionalização do atendimento hospitalar. Nesse sentido, cabe ao Estado priorizar a atenção básica, enquanto a rede privada deve se especializar na alta complexidade.

Assim, a política neoliberal de flexibilização do Estado e controle do gasto público cria as bases institucionais para a ampliação de cadeias lucrativas e concentração do capital, por meio da expansão do mercado de planos privados de saúde, inclusive na incorporação de empresas nacionais e multinacionais, o que permite

a existência de várias portas de entrada na saúde, de acordo com as formas de financiamento da demanda (CORREIA, 2007; ANDREAZZI, 2013).

A análise realizada por Machado, Baptista e Nogueira (2011) a respeito das prioridades da agenda federal da saúde, no período de 2003 a 2008, identifica quatro principais políticas, que também demonstram continuidades e rupturas com governos anteriores. São elas:

- Estratégia saúde da família, que permanece como prioridade na agenda federal desde o governo FHC e sofre um aumento expressivo de gastos a partir das orientações internacionais e de influência na definição de propostas nos vários campos de atuação em saúde. Em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como estratégia de ampliação da abrangência e diversidade das Equipes saúde da família (MENICUCCI, 2011);

- O Brasil sorridente, que se desenvolve como enfrentamento de um problema concreto do sistema de saúde que, há cerca de 20 anos, em Conferência Nacional de Saúde, já denunciava a precária situação de saúde bucal da população e os limites dos serviços nessa área;

- O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que representa o atendimento pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências, com o objetivo de melhorar o atendimento de urgência e emergência médica no país;

- E, por fim, a farmácia popular, como busca de ampliar o acesso da população a medicamentos a baixos preços, por meio de subsídios do Governo Federal. Inicialmente, a estratégia se baseava na

> abertura de farmácias estatais, geridas diretamente pela Fundação Oswaldo Cruz ou em parceiras com estados e municípios. A partir de 2006, começa a haver o credenciamento de farmácias privadas da rede do comércio varejista de todo o país, com expansão acelerada nos anos posteriores.

Além dessas prioridades estabelecidas no primeiro mandato do governo Lula, as autoras Bravo e Menezes (2013) destacam que, na atenção hospitalar e de alta complexidade, houve fortalecimento dos vínculos dos hospitais universitários com o SUS, por meio da recomposição dos quadros de seus servidores, novas formas de financiamento, estruturação dos serviços de emergência por meio do SAMU e apoio à criação de centrais regionais de urgências.

No que concerne aos programas especiais, as ações voltaram-se prioritariamente para o combate ao tabagismo, AIDS, tuberculose e mortalidade materna, por meio da formulação de política específica.

Para além dessas ações, a análise do financiamento do SUS, durante o governo Lula, identifica investidas na tentativa de redução de recursos públicos para o setor saúde. Em 2003, representantes do governo defenderam a aplicação de mecanismos semelhantes à Desvinculação de Receitas da União (DRU) para os estados e municípios, o que poderia implicar, segundo estimativas da Comissão de Orçamentos e Finanças do Conselho Nacional de Saúde, menos 5,5 bilhões no total.

A não aprovação da proposta não impediu que o governo federal, de acordo com recomendações do FMI, comunicasse, por meio de documento, a intenção de realizar um estudo a respeito das consequências das vinculações constitucionais das despesas sociais sobre as receitas dos orçamentos da União, estados e

municípios. O objetivo era demonstrar que a flexibilização dos recursos públicos poderia garantir o crescimento do país.

Segundo Marques e Mendes (2007, 2012), outra investida do governo Lula contra o setor saúde se manifestou na tentativa de introdução, no orçamento do Ministério da Saúde, de itens de despesas que não são considerados gastos em saúde (despesas com transferência direta de renda, saneamento, habitação urbana, merenda escolar, entre outros). Embora essas tentativas estivessem apoiadas por todas as áreas econômicas do governo, elas sofreram duras críticas de entidades de defesa da saúde universal (Abrasco, Cebes, Abres, Rede Unida, Ampasa, Conselho Nacional de Saúde, Frente Parlamentar da Saúde), que se mobilizaram e fizeram o governo recuar.

Em 2006, o Ministério da Saúde apresenta o "Pacto de gestão" como premissa na "descentralização compartilhada" entre as três esferas de governo, em que os pactos devem ser realizados por consenso nos Conselhos Estaduais de Saúde (Ministério da Saúde, 2006, p. 24).

Para Soares (2013), o governo Lula expressa, em suas ações, o tensionamento da política de saúde, por meio da institucionalização de pactos, planos de desenvolvimento e da elaboração de um amplo projeto de privatização das políticas sociais, configurado na forma de Fundações Estatais de Direito Privado.

A proposta de criação dessas Fundações se configura no projeto de Lei complementar nº 92/2007, apresentado ao Congresso Nacional. Essa iniciativa propõe que o poder público institua fundações estatais com personalidade jurídica de direito privado em diversas áreas consideradas de atividade estatal, mas não exclusivas do Estado (MATOS, 2014). Assim, há a continuidade da concepção neoliberal representada por organismos internacionais no governo Lula, ao separar financiamento de provisão e expressar a privatização do Estado

brasileiro (TEIXEIRA, 2013). Ainda que direcionada a diversas áreas, é no setor de saúde que os avanços foram visualizados. Nesse caso, transformar os hospitais em fundações.

O tema das fundações foi abordado na XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, que se posicionou contrária à proposta, além de o Conselho Nacional de Saúde destacar a importância de definir diretrizes para o avanço e garantia da saúde como direito fundamental para o desenvolvimento humano, econômico e social, bem como apontar estratégias de fortalecimento da participação social para assegurar o SUS como política de Estado.

O Ministério da Saúde, no entanto, não aceitou a decisão da Conferência, banalizando e desrespeitando suas propostas, o que significa o agravo de uma série de questões problemáticas:

> A contratação dos servidores seria por meio de concurso, mas via CLT e não mais pelo RJU, consagrado como o modelo único de contratação para os servidores públicos pela Constituição Federal de 1988;
>
> Não está ainda devidamente claro, mas supõe-se que a remuneração dos trabalhadores estará subordinada ao contrato de gestão que cada fundação firmar com o Estado e com agentes do mercado;
>
> Cada fundação terá seu próprio plano de carreira, emprego e salários e isso, por consequência, fragilizará a organização dos trabalhadores;
>
> As fundações receberiam subsídios públicos, mas não contribuiriam para a formação do fundo público;
>
> Um inexistente controle social, com a criação de conselhos 'moldados nas grandes empresas capitalistas, inclusive ao usar terminologias ali nascidas e aplicadas', como 'conselho curador, diretoria executiva, conselho fiscal e conselho consultivo social'. Fala-se em sociedade civil apenas na composição do conselho consultivo social (GRANEMANN, 2011, p. 39).

Para Teixeira (2013), aqui está cravada a política do Estado brasileiro, que abdica de sua função protetora e cria condições de realização de mais-valia para o capital, por "dentro do Estado".

Além disso, em 2007, o Ministério da Saúde lança o Programa Mais Saúde: direito de todos 2008-2011, denominado de Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) Saúde. Segundo Soares (2013), esse plano significa um segundo marco na contrarreforma da política de saúde, ao concebê-la como espaço de integração do país a um novo patamar de desenvolvimento.

Além do PAC – saúde, o presidente Lula, no último dia de seu governo, instituiu a Medida Provisória 520, que facultava ao poder executivo a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, uma empresa que segue os moldes das Fundações Públicas de Direito Privado, vinculada ao Ministério da Educação, com o objetivo de reestruturar os hospitais universitários.

Para Matos (2014, p. 38), essa empresa detém as seguintes características:

- Possui claramente uma intenção mercantil, refere-se à restituição do SUS pelo atendimento aos usuários de planos privados de saúde, mas não esclarece como, podendo se constituir numa porta dupla de entrada, como acontece com o Hospital das Clínicas de Porto Alegre;

- Desconsidera o controle social com a proposição de um conselho de administração, com representação somente de um trabalhador, e de um conselho consultivo, com a representação apenas de um usuário e de um trabalhador;

- Descarta o princípio democrático da autonomia universitária, ao afirmar, por exemplo, que a gestão será centralizada em Brasília e

que nos HUs ficarão apenas as estruturas de governança, ignorando os espaços deliberativos das universidades, como aqueles por onde as nomeações dos gestores devem passar;

- Recoloca mais uma vez o discurso de crítica à dificuldade de contratação pelo RJU com proposição da contratação pela CLT.

Segundo Soares (2013), essas ações indicam que a contrarreforma do Estado na área da saúde não ocorre explicitamente, mas no interior do sistema de saúde, por meio de novos modelos e instrumentos de gestão, bem como do subfinanciamento crônico; de ampliação precarizada, fragmentada e restrita do sistema; de refuncionalização dos princípios e diretrizes do SUS e do conteúdo do projeto de Reforma Sanitária; além de lideranças da Reforma que passaram a defender e contribuir para formulação da contrarreforma.

Assim, a racionalidade hegemônica no SUS convive, hoje, com elementos da Reforma Sanitária, rompendo com sua racionalidade e tradição essencialmente progressista, incorporando três eixos centrais e complementares: 1) Saúde e desenvolvimento; 2) Redefinição do público estatal; 3) "Novos" modelos e instrumentos de gestão (SOARES, 2013, p. 102).

A análise que Campos (1992) faz, após quase duas décadas da Constituição de 1988, refere-se à incompleta reforma social proposta pelo SUS, além de sua implantação desigual e heterogênea, a partir de características políticas e culturais de cada região do país. Ainda, acrescenta que a luta pela saúde supõe maior financiamento e gerenciamento de recursos, além da reorganização do modelo de atenção e responsabilidade entre os entes federados, serviços e equipes, aumento das equipes de saúde da família, revisão dos modelos de gestão pública e privada, parcerias com universidades para construção de tecnologias, além

da necessidade de estar articulada a outras políticas sociais e à distribuição de renda.

Para Teixeira (2013), o setor saúde vivencia uma crise presente entre as políticas sociais, em uma era de desfinanciamento por parte do Estado e terceirização da proteção social. Essa crise nacional e internacional é parte da retirada do Estado capitalista no enfrentamento da questão social e no não reconhecimento e desconstrução dos direitos sociais que regem a Constituição Federal de 1988.

Essa crise, propagada mais diretamente como "crise da saúde pública", a partir de sua precarização, focalização e burocratização das ações, tem repercutido na vida das famílias de diversas formas, confluindo, segundo Miranda (2011), para uma sensação de insegurança, desproteção e desrespeito em torno de si e de seus problemas e necessidades de saúde.

Estudo realizado por Cohn (2012), a respeito do Programa Bolsa Família, apontou que essa renda, por parte das famílias, em grande medida, tem sido destinada a suprir as insuficiências do SUS, seja na compra de medicamentos ("Bolsa farmácia"), seja em relação a procedimentos médicos, cirúrgicos e ao acesso e realização de exames ("Bolsa Família como seguro saúde"). Assim, em muitos casos, ele se torna mais importante na garantia de acesso à assistência médica, do que para cobrir necessidades básicas, como alimentação e habitação.

Segundo Miranda (2011, p. 63):

> [...] convive-se com uma série de antinomias que, cercadas pelo senso comum da ineficiência do Estado e ratificadas pela oposição público e privado (cujas raízes advêm da montagem da política de saúde

> brasileira) vêm reproduzindo aquilo que Acioli (2006, p. 34)[3] aponta como '[...] verdadeiros clichês que marcam pares de opostos: eficiência vs. ineficiência, agilidade e dinamismo vs. morosidade e burocracia, corrupção vs. integridade moral, eficácia vs. ineficácia' respectivamente relacionados ao privado e ao público, adjetivos – não virtuosos – que, em parte, explicariam o fato de se 'aceitar' as inúmeras falhas e desperdícios no serviço público e na gestão pública que lhes seriam compatíveis, restando-lhes a 'conformação' com o fato de não terem condições financeiras de consumir o que o mercado oferece.

Para Costa, Bahia e Scheffer (s/d), a questão é ainda mais profunda. Segundo as autoras, chegou-se a uma forqueadura em que a rede privada também se apresenta em colapso. Não se consegue vislumbrar um SUS universal e de qualidade, nem se caminha na construção de um modelo de saúde predominantemente privado, conforme os modelos americano, chileno e colombiano. O Brasil apresenta um sistema público universal, mas a maior parte dos recursos, alocados no setor de saúde, é privada. Configura-se um cenário totalmente incompatível com a efetivação de políticas universais de saúde. Ademais, enquanto em países europeus e nos Estados Unidos houve aumento da participação dos gastos públicos em saúde, o Brasil tem investido nas despesas privadas, por meio de intensificação de incentivos à privatização.

Submisso às diretrizes dos organismos internacionais, também está o governo de Dilma Rousseff (2011-2018). De forma geral, as análises vinculadas ao seu governo tratam-no como apêndice do anterior, com argumentos de que não houve mudanças substanciais até seu primeiro mandato. De fato, as ações propostas por Alexandre Padilha, então ministro da Saúde no primeiro mandato de Dilma, também indicam a construção do "SUS possível", mediante as políticas neoliberais. Dessa forma, ora se direcionavam na tentativa de atendimento de qualidade à população, ora estavam pautadas na relação saúde

3 ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil**: cartografia do público e do privado. São Paulo: HUCITEC; Campinas – SP: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.

– desenvolvimento nacional, por meio do beneficiamento de empresas privadas e Organizações Sociais.

Assim, é possível identificar certa aproximação de Padilha com algumas medidas estabelecidas pelo BM, que centralizavam os serviços de atenção básica como serviços públicos e oferecidos pelo Estado, bem como a implementação de parcerias público-privadas por meio de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações Estatais de Direito Privado, entre outros.

O fato é que a contrarreforma desencadeada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), quando no poder, responde ao receituário neoliberal, por meio do cumprimento de medidas preconizadas pelo Banco Mundial, que tem propugnado o fim da universalidade do acesso ao sistema de saúde. Para o Banco Mundial, a universalidade na saúde é injusta em um país em desenvolvimento e com grande desigualdade como o Brasil, pois aqueles que podem pagar, ao usufruir dos serviços, podem impedir o acesso daqueles que mais precisam (MATOS, 2014).

Assim, o Banco Mundial, enquanto agência financiadora, por meio de suas diretrizes, tem condicionado mudanças que priorizam a naturalização do setor privado no interior do SUS. Um exemplo é o financiamento do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, condicionado pela mudança de gestão desses hospitais.

Há indicativos de que a naturalização do setor privado na saúde e o fim da universalização tenham sido algumas das prioridades dos defensores do capital no governo Dilma. Não pelo fato de a ex-presidente o desejar, mas por ser o item da programática neoliberal, da qual o PT deu continuidade ao se tornar governo (MATOS, 2014).

As ações vinculadas ao setor de saúde, desenvolvidas durante o primeiro mandato de Dilma Rousseff, vincularam-se à saúde da mulher, por meio do tratamento, reabilitação e cuidado das mulheres acometidas pelos cânceres de mama e de colo uterino, e também a ações vinculadas à saúde da mulher e da criança - Rede Cegonha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em fevereiro de 2011, foi anunciado o Programa "Aqui tem farmácia popular", cuja proposta é a de oferecer medicamentos para hipertensão e diabetes. Além disso, houve implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), que privilegiam e fortalecem o modelo hospitalocêntrico, e também tem se verificado a ampliação da terceirização e precarização dos trabalhadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em 2013, também foi criado o "Programa Mais Médicos", que se estruturou a partir de três eixos: 1) Ampliação da assistência na atenção básica, fixando médicos em regiões com carência de profissionais; 2) Investimento na expansão das unidades básicas de saúde e nas unidades de pronto atendimento; 3) Expansão e reestruturação da formação médica no país, por meio da abertura de novos cursos e ampliação de vagas para graduação em Medicina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Outros programas oferecidos foram: "Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do lar"; SOS emergência, que objetiva implementar ações estratégicas para qualificação da gestão e do atendimento em grandes hospitais e ampliação do atendimento domiciliar no SUS (BRAVO; MENEZES, 2013).

Nesse período, também houve o esforço de mobilização nacional contra a dengue, o enfrentamento ao crack e outras drogas, resguardando a defesa da luta antimanicomial. No entanto, é possível identificar ações polêmicas, como a que é a favor da internação compulsória e as parcerias público-privadas com comunidades terapêuticas.

Desde 2013, o governo Federal vem negociando, com grandes empresas de planos privados de saúde, um pacote de medidas que subsidiem a expansão do seu mercado, transferindo recursos públicos por meio de redução de impostos e novas linhas de financiamento, entre outros (BRAVO; MENEZES, 2013; COSTA; BAHIA; SCHEFFER, s/d).

Essa proposta tem por objetivo a universalização do acesso à saúde por meio de planos e seguros privados, substituindo a saúde constitucionalmente entendida como direito pela compreensão da saúde como mercadoria a ser mais amplamente consumida. Para Bravo e Menezes (2013), há possibilidades de essa medida ser configurada para impulsionar a criação de um sistema nacional de saúde integrado ao setor privado, tornando o SUS cada vez mais focalizado, se não o extinguirem.

A análise em relação ao setor de saúde no governo Dilma sinaliza a ênfase em políticas e programas focalizados, a parceria com o setor privado e a cooptação dos movimentos sociais.

Planos privados florescem no momento em que as despesas públicas com a saúde são minguadas. No entanto, as experiências negativas com os atendimentos dos planos desfazem ilusões de que só o mercado é capaz de resolver necessidades sociais. Mas, ainda assim, "a solução privatizante", revestida de forte teor pragmático e apelo eleitoral, apresenta-se com aparente facilidade de aplicação, contrapondo-se a um SUS entendido como inerte e cada vez menos vigoroso (COSTA; BAHIA; SCHEFFER, s/d).

Essa crença é fundamentada nas dificuldades de acesso de muitos cidadãos aos serviços de saúde. Isso por conta de leitos insuficientes, concentração de serviços e equipamentos nas regiões Sul e Sudeste, profissionais insuficientes e inadequada formação e qualificação profissional para as mudanças necessárias no

setor, além de insuficiência quantitativa de profissionais no setor administrativo e outras áreas. Acrescentam-se, ainda, baixos níveis salariais, que evidenciam a necessidade de outros vínculos empregatícios, entre outras lacunas na cobertura do SUS (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003; VASCONCELOS, 2005; MIRANDA, 2011).

A ideia propagada é que o mercado é portador do progresso e de inovações tecnológicas, enquanto o sistema público não passa do sinônimo do atraso, entendendo que a universalidade na saúde é uma utopia, e seus defensores românticos desatualizados (COSTA; BAHIA; SCHEFFER, s/d).

Ao mesmo tempo, é necessário apontar o poder das operadoras de planos de saúde nas principais regiões que dispensam precária assistência à saúde e a conveniência do Estado em oferecer políticas públicas insuficientes. O artigo de Lígia Bahia, publicado em *O Globo* no dia 9 de junho de 2015, sob o título "Pela hora da morte"[4], demonstra as diversas estratégias implementadas pelos planos de saúde para ampliar as cobranças de seus contratantes, consolidando, de modo perverso, a saúde na lógica do mercado. Assim, destaca a autora: "Doentes acamados e seus acompanhantes podem ser notificados de modo peremptório sobre preços de remuneração, nem sempre previamente combinados". Alguns especialistas já dispõem, em suas maletas, de máquinas de cartão de crédito para agilizar o pagamento de seu serviço, após sua realização.

Aliado a esses processos, existiram generosos financiamentos para campanhas eleitorais patrocinadas por empresários da saúde. De acordo com dados do Tribunal Superior Eleitoral (TSE), os planos de saúde doaram R$ 12 milhões para campanhas de 157 candidatos filiados a 19 partidos diferentes nas eleições de 2010. No pleito de 2006, as doações alcançaram R$ 7,1 milhões.

4 Artigo completo disponível em: http://www.abrasco.org.br/site/2015/06/pela-hora-da-morte-artigo-de-ligia-bahia/. Acesso em: 20 jun. 2019.

Em 2015, o Senado aprovou a medida provisória nº 627, que traz uma série de mudanças tributárias para multinacionais brasileiras no exterior. Também perdoou multas dadas pela Agência Nacional de Saúde aos planos de saúde, que chegariam a R$ 2 bilhões no total.

Por outro lado, também em 2015, o Governo Federal contingenciou, por meio do Decreto nº 8.456, de 22 de maio de 2015, R$ 11,774 bilhões no orçamento do Ministério da Saúde, o que agrava ainda mais a situação do Sistema Único de Saúde (SUS) que, reconhecidamente desfinanciado, luta por melhores condições para atender a população brasileira.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (2015), "o subfinanciamento do SUS retarda todas as tentativas de aprimorar seu desempenho nos seus 27 anos de existência, compromete as estratégias definidas e o impede de cumprir os preceitos da universalidade, integralidade e da equidade" (s/p). De acordo com esse Conselho, se, em 1993, a União respondeu por 72% dos gastos públicos com ações e serviços públicos de saúde, em 2013, garantiu apenas 42,93% (R$ 83,04 bilhões), enquanto estados e municípios responsabilizaram-se por 57,76% (R$ 111,96 bilhões), mesmo dispondo de receitas bem inferiores[5].

Por outro lado, embora exista uma ampliação de cobertura de planos privados de assistência médica no Brasil, os dados da Agência Nacional de Saúde (2012) informam que ela não ultrapassa os 25,1% da população e que estão centralizadas, sobretudo, na Região Sudeste (com destaque para os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais) e no Distrito Federal, que apresentam maior taxa de cobertura do que a média nacional. Neste contexto, não se pode deixar de assinalar que, mediante as relações conflituosas entre usuários e planos de

5 Para aprofundar a discussão e ler a íntegra do posicionamento do CONASS em: http://cebes.org.br/2015/06/carta-a-nacao-conass/.

saúde, bem como os processos de desfinanciamento do SUS, existe um grupo de usuários que, mediante suas possibilidades econômicas, buscam o acesso particular dos serviços de saúde por meio de pagamento direto.

Esses dados reforçam a análise realizada por Araújo (2014) em sua dissertação de mestrado. Para a autora, o estudo da constituição dos setores público e privado, no Brasil, supõe uma análise da formação social brasileira, o que possui estreita relação com o desenvolvimento da industrialização e do mercado de trabalho nas diferentes regiões do país. Por exemplo, aponta que a Região Nordeste, por não ter tido pleno desenvolvimento de indústrias e, consequentemente, do mercado de trabalho, obteve uma maior oferta de emprego pelo poder público, demonstrando que há uma compensação do setor público onde a industrialização não é tão desenvolvida.

Aliado a esses processos, Minayo (2014) ressalta que a concepção de saúde voltada para conquista do sujeito abre amplo espaço para o mercado de empresas especializadas na gestão das necessidades sociais. Ao mesmo tempo em que crescem, por toda a parte, academias de ginástica, clínicas de estética, spas e clínicas de cirurgia plástica, também são desenvolvidos os negócios de seguros e planos de saúde.

Essa realidade é tratada pelo historiador português João Arriscado Nunes (2006) como "neoliberalização da saúde". Esse autor tem se dedicado, entre outros assuntos, a analisar suas repercussões na pesquisa. Para ele, há uma extensão do financiamento privado da pesquisa biomédica, além de privatização de pesquisa pública, "nomeadamente através do patenteamento de processos e de entidades resultantes da atividade de pesquisa e de inovação tecnológica" (NUNES, 2006, p. 14).

Em relação ao Governo Temer, no ano de 2016, o Conselho Nacional da Saúde ressaltou que não foi investido o mínimo que a Constituição determina, ficando R$ 253 milhões abaixo do exigido pela Legislação.

Esses dados estão coadunados com defesas que o governo tem construído. Para Temer, políticas sociais de caráter universal, além de serem inviáveis, são as principais responsáveis pela crise que assola o país, defendendo a perspectiva de focalização das ações nos que comprovarem sua condição de miserável.

Não obstante, Reis *et al.* (2016) ressaltam que esse governo produz a mais grave ameaça ao SUS em três décadas. Para os autores, a opção por compor o Ministério da Saúde com quadros sem trajetória no SUS e na reforma sanitária contribui para um trabalho que utiliza a máquina pública de forma clientelista, além de buscar atender aos interesses privados, indo além da paralisação ou desmonte das políticas de saúde em curso.

Além disso, o SUS tem sido duramente atacado por defesas relacionadas à necessidade de revisão de seu tamanho e que seu problema central é de gestão; que os direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988 não cabem no orçamento público e que, portanto, devem ser revistos. Posições que se fundamentam no desmonte do Estado Democrático de Direito, dos quais o SUS é uma das mais importantes expressões.

Nesse atual contexto, o Ministério da Saúde

> Passa a defender que não é sua atribuição (e nem de sua agência reguladora, a ANS) fiscalizar a qualidade dos planos de saúde, papel que deve ser desempenhado pelos próprios 'consumidores' e seus órgãos de defesa, expressando uma visão em que a saúde deixa de ser um direito social para se constituir objetivamente em mercadoria. A saída para a crise seriam os planos de saúde 'acessíveis', que desonerariam o

> Estado da necessidade de prover saúde para uma parcela da população, expandindo a oferta pelo mercado por meio de 'planos populares de saúde' (REIS *et al.,* 2016, p. 129).

A ameaça mais grave para o SUS e para as demais políticas públicas é a PEC nº 241/2016, sob autoria do Poder Executivo, que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, limitando os gastos públicos, inclusive os de saúde, por 20 anos. Dessa forma, o orçamento do Ministério da Saúde, por duas décadas, será reajustado apenas pela apuração da inflação.

> Essa iniciativa desconsidera as necessidades de saúde da população, o impacto do crescimento populacional, da transição demográfica e do envelhecimento populacional (em 2030, mais de 30% da população terá mais do que 65 anos), da necessária expansão da rede pública para cobrir vazios assistenciais, o impacto da incorporação tecnológica (crescente e cumulativa na área da saúde) e dos custos associados à mudança do perfil assistencial determinado pela prevalência das doenças não transmissíveis e das causas externas, e da própria inflação setorial, superior aos demais setores da economia em âmbito internacional. Pior, desvincula os gastos sociais de qualquer possível crescimento de receitas nos próximos 20 anos. Assim, mesmo que aumente a arrecadação federal, não haverá investimentos nas áreas sociais (REIS *et al.,* 2016, p. 129).

Assim, as despesas da União com saúde cairiam de 43% para 30% do total entre 2015 e 2022. Estados e municípios, que em 2015 representaram 57% das despesas de saúde, passariam a ser responsáveis por 70% dos gastos em 2022. A União, portanto, responderia por menos de um terço das despesas totais em ASPS em 2022 (SÓTER; MORETTI, 2016).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todos os elementos citados, e ao realizar uma análise comparativa referente aos governos dos anos 1990 e 2000, identificamos mais processos de continuidades do que rupturas na política de saúde brasileira. É notório que tais processos não configuram apenas uma reprodução automática dos governos anteriores, mas estrategicamente incrementados a partir de forte teor ideológico de valorização do mercado privado de saúde, por meio da centralização da compra dos serviços, redução de recursos e precarização da saúde pública, desvalorização da gestão pública e focalização das ações no atendimento aos mais pobres, além da distorção dos princípios e diretrizes do SUS constitucional.

De forma geral, por mais que se tenham importantes atuações e conquistas na defesa do SUS constitucional, quase 30 anos após a Constituição de 1988 e da regulamentação da saúde, por meio das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, essas análises entendem que nunca se esteve próximo de sua real efetivação. Embora se identifiquem as fragilidades do mercado na prestação dos serviços de saúde, as estratégias nacionais, pautadas em organismos internacionais, têm sido de criação de bases institucionais e legais para expansão de cadeias lucrativas e concentração do capital, transformando o direito à saúde na compra de um bem disputado no mercado de consumo pelos diversificados planos de saúde e/ou pelo pagamento direto pelo serviço, por meio de atendimentos particulares. Assim, a ofensiva neoliberal na política de saúde brasileira se reveste ideologicamente de um discurso do "SUS possível", mediante a centralidade na saúde da moeda.

Além dos processos de desfinanciamento por parte do Estado e terceirização da proteção social (TEIXEIRA, 2013), as artimanhas que têm garantido a continuidade da contrarreforma do Estado no setor saúde têm avançado no uso da força, violência e repressão policial no trato de movimentos sociais e na defesa da

aprovação de suas medidas legais no Congresso Nacional. Medidas que, além de mercantilizarem a saúde, segundo Matos (2014), tem-na reduzido à dimensão biológica, seja pelos governos ou pela própria mídia.

Para Bravo e Menezes (2013), os aspectos inovadores, caracterizadores da política de saúde nos anos 2000, estão relacionados à escolha de profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária para ocupar o Ministério da Saúde, alterações na própria estrutura do Ministério, convocação extraordinária da XII Conferência Nacional de Saúde para 2003 e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Muitos desses profissionais, ao serem inseridos em órgãos do governo, passaram a compreender a Reforma Sanitária como uma "utopia democrática", o que nos faz questionar o grau de cooptação e as relações políticas existentes no interior do governo, muitas vezes caracterizadas pela corrupção, clientelismo, encontros de bastidores e "dívidas" de políticos eleitos com empresários da saúde que financiam suas campanhas eleitorais.

Durante o governo Dilma, ressalta-se como movimento de resistência a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, que já realizou diversas atividades importantes no campo jurídico, no âmbito do Parlamento, no conjunto da sociedade, nos espaços de controle social, em relação à formação e nos meios de comunicação.

Segundo Bravo e Menezes (2013), a Frente elaborou uma agenda com cinco eixos estruturantes: 1) Determinação social do processo saúde/doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; 2) Gestão e financiamento da rede pública estatal e de serviços de saúde; 3) Modelo assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica

com retaguarda na média e alta complexidade; 4) Política de valorização do trabalhador da saúde; e 5) Efetivação do controle social.

Houve, também, ao longo dos anos 1990 e 2000, a realização de Conferências e Seminários Nacionais de Saúde e a atuação da ABRASCO na produção de documentos importantes para renovação e atualização dos compromissos da Reforma Sanitária na defesa da universalização e equidade, além de outras entidades de defesa da saúde universal, tais como: Cebes, Abres, Rede Unida, Ampasa, Conselho Nacional de Saúde e a Frente parlamentar da saúde.

Muitos dos aspectos analisados, que compõem o setor saúde nos anos 2000, têm impactado negativamente a vida dos usuários dos serviços de saúde, que, além de experimentarem situações traumáticas de adoecimento e morte de familiares e pessoas próximas, vivenciam situações de precarização, desumanização e burocratização das ações em saúde. Por outro lado, os trabalhadores da saúde, muitas vezes com vínculos precários de trabalho, ao prestarem os serviços de saúde diretamente à população, têm sido responsabilizados exclusivamente por uma política social pública pautada historicamente na restrição e redução de recursos públicos, nas barganhas políticas entre os setores público e privado, no clientelismo e oportunismo político e na possibilidade da morte como condição vital para sustentabilidade dos empresários da saúde e para o desenvolvimento nacional.

Prestar assistência de qualidade na prevenção de doenças e promoção da saúde da população configura-se mais que desafio atualmente. Em tempos de mercadorização da saúde e de uma política ainda centrada no modelo biomédico hegemônico, é fundamental a criação de estratégias de ação que defendam os princípios da Reforma Sanitária, por meio da construção de movimentos de resistência no interior dos serviços de saúde. No entanto, a construção desses

movimentos impõe a necessidade de competência teórico-crítico-política para leitura da realidade.

Referências

ANDREAZZI, M. de F. S. de. O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. *In*: **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. Organização: Maria Inês Souza Bravo e Juliana Souza Bravo Menezes. 2. ed., São Paulo, Cortez, 2013.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. *In*: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana (Orgs.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

BRAVO, M. I. **Saúde e Serviço Social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. 1. ed., São Paulo: Cortez, 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Modelos de atenção em saúde pública**: um modo mutante de fazer saúde. Saúde debate, n. 37, p. 16-19, 1992.

COHN, A. **Cartas ao Presidente Lula**: Bolsa Família e Direitos Sociais. Rio de Janeiro: Pensamento Brasileiro, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde. *In*: **Grupo de trabalho Serviço Social na saúde**. Brasília, CFESS, novembro de 2009.

CORREIA, M. V. C. A influência do Banco Mundial na orientação da política de saúde brasileira. **III Jornada internacional de políticas públicas**. São Luís – MA, 28 a 30 de agosto de 2007.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; SHEFFER, M. **Onde foi parar o sonho do SUS?** S/d. Disponível em: https://diplomatique.org.br/onde-foi-parar-o-sonho-do-sus/. Acesso em: 17 mar. 2015.

GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. *In*: BRAVO, Maria *et al*. (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura:** modelos de gestão e agenda para saúde. Rio de Janeiro, Adufrj, 2008.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F.; NOGUEIRA, C. de O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *In*: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27 (3): 521 - 532, março de 2011.

MATOS, M. C. de. No rastro dos acontecimentos: política de saúde no Brasil. *In*: **Política de saúde hoje:** interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais. Organização Marco José de Oliveira Duarte *et al*., 1. ed., Campinas, SP: Papel Social, 2014.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katálisys**, v. 10, n. 1, p. 15-23, jan./jun. 2007.

MENDES, A; MARQUES, R. M. O direito universal à saúde em risco: a fragilidade histórica do financiamento e as incertezas dos governos Lula. *In*: **Análise econômica**, Porto Alegre, ano 30, nº especial, p. 35-58, 2012. Acesso em: 17 de mar. 2015.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da qualidade, 2001.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no Governo Lula. *In*: **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. 2003. Tese (Doutorado em Ciência Humanas – Sociologia e Política). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa mais Médicos**. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil. Acesso em: 14 abr. 2015.

MIRANDA, A. P. R. de S. **Inserção do Serviço Social nos processos de trabalho em serviços públicos de saúde** – concepções e práticas: estudo de caso em um Hospital Universitário – João Pessoa – PB. 2011. 358 f. Tese (doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

MORAES, C. A. de S. **O Serviço Social brasileiro na entrada do século XXI**: formação, trabalho, pesquisa, dimensão investigativa e a particularidade da saúde. 2016. 318f. Tese (doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

NUNES, J. A. A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas. **Anais do 8º Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 a 25 de agosto de 2006. Disponível em: http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/index.php. Acesso em: 25 jun. 2015.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

REIS, A. A. C. dos *et al*. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122-135, dez., 2016.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. 2. ed., São Paulo, Cortez, 2013.

SÓTER, A. P.; MORETTI, B. Análise preliminar dos efeitos da vedação do crescimento real das despesas federais e o comprometimento da universalidade do SUS. *In*: **Anais do XII Encontro Nacional de Economia da Saúde**, Salvador: Associação Brasileira de Economia de Saúde. Disponível em: http://abresbrasil.org.br/. Acesso em: 29 set. 2016.

TEIXEIRA, M. J. de O. A Fundação Estatal de Direito Privado na saúde: um modelo de gestão democrático? *In*: **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Orgs.). 2. ed., São Paulo, Cortez, 2013.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. **Senado aprova perdão de dois bilhões a planos de saúde**. Disponível em: http://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2014/04/15/senado-aprova-perdao-de-r-2-bilhoes-a-planos-de-saude.htm. Acesso em: 14 abr. 2015.

Parte 2

As políticas sociais no contemporâneo e seus desafios

Capítulo 4

Política de drogas, modelos assistenciais e a rede de atenção aos usuários no Brasil: uma análise crítica

Warllon de Souza Barcellos
Marco José de Oliveira Duarte

1. INTRODUÇÃO

A proposta do texto a seguir é traçar um panorama histórico das principais características, marcos e regulações da política de drogas e da rede assistencial aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil, tomando como referência a sua constituição política, marcada pela lógica proibicionista. Serão abordadas as contradições inscritas na institucionalização de uma política pública sobre drogas no cenário contemporâneo, a emergência da estratégia de redução de danos e o seu contexto atual, implicado com o conservadorismo, que reverte e destrói os poucos avanços da referida política e sua rede assistencial já instituídos.

Para tanto, em nosso estudo, propõe-se uma análise crítica das questões já mencionadas, a partir da revisão da literatura especializada sobre o tema, das legislações sobre a referida política e dos documentos que regem os serviços que constituem a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

2. A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL

No Brasil, os problemas associados ao uso de álcool e outras drogas só começam a ser abordados pelo Estado no início do século xx. Contudo, essa abordagem, originada na década de 1920, é desenvolvida predominantemente no campo da justiça e da segurança pública, considerando o uso de drogas como um ato criminoso e moralmente incorreto, e propunha a internação compulsória em estabelecimento correcional adequado, por tempo indeterminado, aos denominados toxicômanos.

Assim, de acordo com Machado e Miranda (2007):

> As primeiras intervenções do governo brasileiro na área ocorrem no início do século XX, com a criação de um aparato jurídico-institucional destinado a estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas e a preservar a segurança e a saúde pública no país (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 803).

É nesse contexto que emerge a Lei de Fiscalização de Entorpecentes, na década de 1930, que expressava claramente esse posicionamento do Estado brasileiro em relação às drogas. Esse conteúdo, portanto, será posteriormente incorporado ao artigo nº 281 do Código Penal de 1940, criminalizando o porte de drogas ilícitas independentemente da quantidade apreendida e da intenção de consumo próprio ou tráfico, sem distinção da penalização prevista para uma ou outra circunstância.

Essa postura, considerada proibicionista, foi embasada em um posicionamento político de "guerra às drogas", de âmbito internacional, cujo objetivo era a concentração de esforços na redução da oferta e da demanda de narcóticos, com intervenções de repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo, bem como a promoção da abstinência de drogas ilícitas e a sua consequente expurgação da sociedade, como se fosse possível uma sociedade sem sua existência. Embasados nessa concepção e abordagem do problema, as leis e os decretos criados ao longo do século XX, no Brasil, destinaram-se, principalmente, a controlar o consumo de drogas ilícitas através da proibição, criminalização do uso e do comércio (ALVES, 2009; MACHADO; MIRANDA, 2007).

Cabe ressaltar que essa postura proibicionista do governo brasileiro foi, ao longo do século XX, influenciada e reforçada por deliberações e acordos realizados em convenções e conferências internacionais, em especial as da Organização das

Nações Unidas (ONU). Estas reafirmaram, como resposta para o problema, a adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas (ALVES, 2009; GARCIA; LEAL; ABREU, 2008; MACHADO; MIRANDA, 2007).

A partir da década de 1970, a legislação brasileira sobre o tema também passa a ser influenciada pelo saber médico, mais especificamente pela psiquiatria (MACHADO; MIRANDA, 2007). A Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971, previa, em seu art. 10, como medida de "recuperação aos infratores viciados", a determinação judicial de "internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação".

O discurso médico surge como outra forma de respaldo técnico e, consequentemente, de controle sobre o usuário de drogas, rotulando-o de doente, além de criminoso, isto é, um agente passivo frente a sua doença. Esse aspecto vem a legitimar uma intervenção direta na liberdade de escolha e ação do indivíduo, pois considera que ele não tem capacidade própria de saber o que é melhor para si. Temos, então, o discurso médico reforçando um processo de patologização, mas também de exclusão dos usuários de álcool e outras drogas do convívio social, na forma do isolamento como tratamento.

Com isso, a partir das décadas de 1970 e 1980, em um cenário assistencial esvaziado e de difícil acesso, constituem-se os hospitais psiquiátricos como o único recurso terapêutico disponível para uma grande parcela de usuários de drogas (ALVES, 2009; VAISSMAN; RAMÔA; SERRA, 2008). Portanto, as penas, que anteriormente determinavam a exclusão dos usuários do convívio social e sua inserção em prisões a partir da década de 1970, passam a considerar os hospitais psiquiátricos como *locus* prioritário para o "tratamento" e a recuperação, com enfoque na "salvação" e na punição desses usuários (MACHADO; MIRANDA, 2007). Assim, como elucida Alves (2009, p. 35), "o que prevalecia não era o direito à

saúde, com a garantia de tratamento ao uso de drogas, mas sim a reabilitação criminal do usuário".

Nesse cenário, pode-se observar ainda uma predominância das ações de repressão à oferta e demanda de drogas, em detrimento de ações de saúde. A criação de estabelecimentos especializados para tratamento de usuários de drogas na rede pública de saúde não aparece como uma prioridade dentro das leis da época. Isso é constatado na Lei nº 6.368 (BRASIL, 1976), a primeira lei brasileira que aborda a questão do tratamento de usuários de drogas, mas que postula que estados e municípios deverão contar, somente quando "necessário e possível", com serviços específicos para o tratamento do usuário de substâncias psicoativas.

Tal cenário, portanto, propicia o surgimento e a expansão de diversas instituições de natureza não governamental, como as Comunidades Terapêuticas e a tentativa de resposta ao problema pela sociedade civil organizada, como os grupos de ajuda mútua (ALVES, 2009; WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011).

Contudo, desde a década de 1990, a partir da Reforma Psiquiátrica e da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a concepção dos problemas associados ao uso de drogas no discurso político mostrou-se mais ampliada, passando a ser encarada também como uma questão de saúde pública (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008; MACHADO; MIRANDA, 2007; WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011). Nesse período, surgem os centros de tratamento, pesquisa e prevenção na área, vinculados às universidades públicas, como a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), a Universidade de Brasília (UnB), a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA) (MACHADO; MIRANDA, 2007).

É mister salientar, portanto, que essas iniciativas acima apontam as contradições do proibicionismo, pois, com toda a repressão, observava-se o crescimento do tráfico ilícito de drogas e de sua repercussão na política e na economia mundial.

Por outro lado, em relação ao consumo, vê-se o crescimento do número de usuários de drogas lícitas e ilícitas, com facilidade de acesso propiciando o início cada vez mais precoce do uso na vida. Todavia, a criminalização do porte e do consumo de drogas ilícitas tem se revertido em sobrecarga ao sistema de justiça, onerando-o tanto pela lotação de unidades prisionais quanto pelo aumento de investimentos financeiros para a militarização das ações policiais de "combate" às drogas.

Portanto, a ênfase na redução da oferta de drogas, por meio da criminalização tanto do tráfico quanto do uso de drogas ilícitas, conferiu uma importância secundária à redução da demanda promovida mediante as intervenções de prevenção e tratamento aos ditos dependentes químicos sob o prisma biomédico.

Dessa forma é que emergem as estratégias de redução de danos que, contudo, ganham força política ao proporcionar uma nova visibilidade à atenção ao usuário de álcool e outras drogas no setor público de saúde, enfocando as consequências ou efeitos do uso das drogas de maneira realista (RONZANI, 2013).

Além disso, o surgimento do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) e suas ações nos anos de 1980 e 1990, para além da repressão ao uso e tráfico de drogas, contribuem para o fortalecimento das práticas de atenção e para a constituição de uma malha de serviços para os usuários de drogas, mesmo que inicial (ALVES, 2009; MACHADO; MIRANDA, 2007). Essas mudanças ocorrem num cenário de avanços e retrocessos em relação à atenção aos usuários de drogas, ganhando força e espaço tanto na legislação quanto nas políticas (ALVES, 2009).

De acordo com Brites (2015), como tendência histórica, podemos afirmar que o debate crítico sobre a política de drogas no Brasil é bastante recente, pois é herdeiro da conjugação de forças progressistas que se articularam no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos de 1980 e que contribuíram

para os embates em torno das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Essa herança progressista no campo da saúde, no entanto, não irriga de forma imediata e direta o debate sobre a política de drogas.

Somente nos finais dos anos 1990 e início dos anos 2000 é que as discussões sobre a política de drogas no Brasil ganham certa visibilidade e passam a ser reconhecidas no âmbito das políticas de saúde e de drogas (BRITES, 2015).

A partir do ano de 1988, o Brasil dá início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas. Foi depois da realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à então Casa Militar da Presidência da República. A SENAD foi criada pela Medida Provisória nº 1.669 e pelo Decreto nº 2.632, de 19 de junho de 1998 (BRASIL, 2013).

Com a missão de "coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre Governo e sociedade" e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas (SENAD), coube a ela mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira. Assim, em 2002, por meio do Decreto Presidencial nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, institui-se a Política Nacional Antidrogas (PNAD).

Em 2003, no início do governo de Luís Inácio Lula da Silva, emergiu a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda e da oferta de drogas no país que viesse a contemplar três pontos principais: a integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas,

visando ampliar o alcance das ações; sua descentralização em nível municipal, permitindo a condução local das atividades de redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade que cada município apresenta; e o estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica (BRASIL, 2013).

Ao longo dos primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas, o tema drogas manteve-se em pauta, e a necessidade de aprofundamento no assunto também. Assim, foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando.

Em 2004, foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política, por meio da realização de um Seminário Internacional de Políticas públicas sobre drogas, seis Fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre drogas.

Com ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a política realinhada passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD). A PNAD foi aprovada em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro desse mesmo ano, por meio da Resolução nº 3/GSIPR/CONAD. Como resultado, o prefixo "anti" da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo "sobre", já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular manifestada ao longo do processo de realinhamento da política (BRASIL, 2010).

A Política Nacional sobre Drogas estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços voltados à redução da demanda e da oferta de drogas possam ser conduzidos de forma planejada e articulada. Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão das drogas.

A Lei nº 11.343 (BRASIL, 2006) colocou o Brasil em destaque no cenário internacional ao instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas. Essa lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: as Leis nº 6.368/1976 e nº 10.409/2002. A partir de sua edição, foram revogados esses dois dispositivos legais com o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei.

O Brasil, seguindo a tendência mundial, entendeu que os usuários de drogas não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Essa abordagem, em relação ao porte de drogas para uso pessoal, tem sido apoiada por especialistas, que apontam resultados consistentes de pesquisas nos quais a atenção ao usuário deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, em vez do encarceramento.

O Estado capitalista, com suas peculiaridades decorrentes do processo de recessão do capital, da superacumulação, do deslocamento dos investimentos do setor industrial para o de serviços e da crise do padrão de produção taylorista-fordista, afeta tanto os padrões de proteção social dos países ocidentais industrializados quanto os sistemas de proteção dos países periféricos subdesenvolvidos ou em via de desenvolvimento.

Assim, a partir do entendimento do Estado como permeado por contradições e interesses de classes e frações de classe, ou seja, não sendo exclusivamente da classe dominante, este responderia, também, à correlação de forças atuantes em cada momento histórico. Nesse sentido, não sendo um bloco monolítico a serviço de uma classe, o Estado poderia refletir o estágio da luta de classes

ou de grupos de representação de interesses, da reprodução das relações de produção e da busca pela hegemonia de classe.

No Brasil, o ajuste macroeconômico e político-institucional neoliberal ocorreu através de reformas do aparelho administrativo estatal, com redirecionamento dos segmentos alvos dos serviços sociais e a redução na alocação de recursos para a área social. Assim, configurou-se um desajuste social (SOARES, 2009, p. 21-22), num momento em que houve um aumento na demanda por bens e serviços coletivos por parte da população expulsa do mercado formal de trabalho e, consequentemente, um aumento do desemprego estrutural.

Essas questões, entre outras, refletiram e influenciaram no rearranjo da Política Nacional sobre Drogas, que passou a ser orientada pelo princípio da responsabilidade compartilhada, além de adotar, como estratégia, a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos. "Sabe-se que questões complexas, como o uso de drogas, trazem consigo diversas concepções e tentativas de compreensão, sendo algumas complementares, outras paradoxais" (COSTA *et al*., 2017, p. 746). É nesse sentido que se aponta para o esforço ou o limite de se problematizar e ampliar, num campo de disputas, a referida política, suas ações práticas e as consequências para os usuários de drogas no país.

Segundo Fonseca e Bastos (2012), o avanço da criminalidade associado ao tráfico de drogas e as complexas relações existentes entre situações de risco e consumo de drogas, principalmente o crack, têm imposto desafios cada vez maiores que exigem respostas eficazes do governo e da sociedade. Para esse enfrentamento, é preciso convergir esforços de diferentes segmentos na construção de alternativas que extrapolem as ações repressivas e considerem os diversos componentes associados aos problemas decorrentes do consumo de crack e outras drogas.

Observa-se, portanto, na sociedade brasileira, que, diante do contexto acentuado de vulnerabilidade social crescente e da situação de precarização dos serviços e subfinanciamento das políticas existentes nos campos da educação, da segurança pública e da saúde da população mais desfavorecida de investimentos públicos, e especialmente daquelas que vivem nas periferias das grandes cidades, em particular dos usuários de drogas lícitas e ilícitas, faz-se necessária uma política de Estado que seja capaz de agregar a atenção a todas essas deficiências existentes e impostas, o que certamente se constituiria num importante elemento de resolubilidade dessa questão.

Portanto, devido à pressão de setores conservadores e a propagação de uma mídia alarmista e sensacionalista, cria-se o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, através do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, pelo Governo Federal, dando uma resposta governamental a esses setores em particular. Todavia, via-se o propósito de promover uma articulação intersetorial em um cenário de completo pânico social relacionado ao uso crescente de crack, interpretado como epidemia. Constatava-se, também, a grande fragilidade estrutural existente, haja vista as lacunas e baixa cobertura das poucas ações estatais e serviços públicos pensados em favor dos usuários de drogas.

Esse plano objetivava desenvolver um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como o enfrentamento do tráfico em parceria com estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil, visando à redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias junto à população (BRASIL, 2013).

No ano de 2011, o Governo Federal lançou o Programa intitulado “Crack, é possível vencer”, que buscava prevenir o uso e promover atenção integral ao usuário de crack, bem como enfrentar o tráfico de drogas. O mesmo apontava para ações específicas, como aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção

aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas e promover ações de educação, informação e capacitação (BRASIL, 2013).

O referido programa, portanto, reunia diversas ações que envolviam diretamente as políticas de saúde, assistência social e segurança pública, e, de forma complementar, ações de educação e de garantia de direitos. Propunha-se uma rede de cuidados composta por diversos serviços e equipamentos que ofereceriam ações distintas para necessidades diferentes.

Dessa forma, no campo da saúde, estas podem ser caracterizadas por três tipos de modelos e/ou abordagens aos usuários de drogas, segundo Marlatt (1999), sendo: moral/criminal; modelo de doença e a redução de danos.

> O primeiro e o segundo modelos têm sintonia com o paradigma proibicionista, enquanto o terceiro tem a ver com o paradigma antiproibicionista. Percebe-se certa aproximação entre os modelos de políticas públicas apresentados por Marlatt e os paradigmas asilar e psicossocial, que foram problematizados por autores do campo da Reforma Psiquiátrica e que podem manter as políticas públicas sustentadas em uma lógica que aprisiona, reprime e isola o sujeito que faz uso de drogas a um modelo pautado na ideia de exclusão como forma de tratamento e de suposto cuidado e um outro modelo que se sustenta na relação entre as drogas e os contextos e promove rompimento com estigmas, que é o modelo da RD e psicossocial (TEIXEIRA *et al*., 2017, p. 1457).

Contudo, cabe registrar que a política pública de saúde com foco na atenção aos usuários de álcool e outras drogas vem, desde 2003, construindo políticas próprias para esse segmento, tomando por base a estratégia de redução de danos e o modelo de atenção psicossocial. Assim, temos um conjunto de normativas nessa perspectiva, tais como aponta Teixeira *et al*. (2017):

- Portaria GM/MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, que estabelece o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD), tomando como referência o documento "A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de ÁD", de 2003, que adota a RD como estratégia de intervenção prioritária. É contrária à internação de usuários de álcool e drogas em hospitais psiquiátricos normatizando as internações hospitalares de curta permanência e propõe a integração entre os serviços e níveis de atenção à saúde;

- Portaria GM/MS nº 1.028, de 1º de julho de 2005, que regulamenta ações que visam à RD decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, definindo as ações de RD com disponibilização de insumos para prevenção de HIV e hepatites;

- Portaria GM/MS nº 1.190, de 4 de junho de 2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), normatizando os Consultórios de Rua (CR) como uma das estratégias do plano na área de saúde mental, que visa diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção e tratamento por meio de respostas intersetoriais efetivas;

- Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS) para ampliação do acesso à atenção psicossocial aos pontos de atenção da rede e incluindo as urgências.

É nesse sentido que a RAPS (BRASIL, 2011) é compreendida como um leque de ofertas de serviços e dispositivos assistenciais. Nesse leque, há os localizados na

atenção básica, que articulam ações específicas para o público usuário de drogas, com estratégia de RD, como as equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF), com o apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e as Equipes dos Consultórios de/na Rua (ECR). Há, também, os equipamentos estratégicos da atenção psicossocial para o atendimento desse público, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSAD)[1], tanto os do tipo II como os do tipo III (24 horas). Esses últimos compõem-se de alguns leitos em resposta à crise, são referências para as Unidades de Acolhimento (UA) para o público adulto (UAA), e desenvolvem apoio matricial às equipes da ESF para esse público em seus territórios. Por fim, existem os serviços hospitalares de referência com leitos de atenção integral de saúde mental e drogas, sejam esses em hospitais gerais ou especializados.

A assistência social, apesar de não apresentar um leque tão amplo como o da saúde, conta com equipamentos que podem atuar desde a prevenção, como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), até o atendimento especializado, nos casos em que há violação de direitos associada ao uso de drogas, como o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Também, há a disponibilização de vagas para acolhimento de usuário em Comunidades Terapêuticas (CT)[2], devidamente cadastradas junto à Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas (SENAD). Desse modo, existe a possibilidade de diferentes combinações dos serviços e equipamentos disponíveis, vislumbrando construir

1 Esclarece-se que os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI) também atendem a esse público de uso prejudicial de drogas, restringindo-se a faixa etária de sua institucionalidade. Em decorrência disso, frente a essa demanda relacionada com o uso de drogas, instituem-se as Unidades de Acolhimento Infantil (UAI), sendo os CAPSI como retaguarda. Portanto, tanto os CAPSAD como os CAPSI atendem a esse público infanto-juvenil em decorrência do uso de drogas. No município de São Paulo, ainda, a gestão anterior criou os denominados CAPS IJ (Infanto-juvenil) para ampliar a caracterização da clientela para além do infantil.

2 Cabe sinalizar que essas instituições também se incluem na RAPS, no componente da Atenção Residencial de Caráter Transitório, denominadas Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório.

uma rede que atenda às dimensões e necessidades dos usuários de crack e outras drogas.

Em relação ao papel do Estado brasileiro na contemporaneidade, algumas questões têm se colocado, em particular, com a ascensão e afirmação das políticas de ajuste neoliberal a partir do final de 1980, e acentuadas nos últimos anos, na medida em que a proposta do grande capital tem como vetores privilegiados a tendência à privatização e à formação do cidadão consumidor.

Assim, as consequências desse reordenamento político e econômico se relacionam com a redução da atuação do Estado e a ampliação do mercado (MOTA, 2008). O contexto apresentado se complementa, no dizer de Soares (2009), com o fato de as políticas de ajuste neoliberal no Brasil terem evidenciado os efeitos da pobreza no país. Assim, a política social passa a ter um caráter residual ou assistencial, com o incentivo governamental às iniciativas do chamado terceiro setor, que obteve grande crescimento da década de 1990 em diante.

Contudo, diante do crescente aumento do uso de substâncias psicoativas e dos grandes custos sociais decorrentes desse aumento, o Estado tem sido chamado a responder essa expressão da questão social com políticas públicas direcionadas ao público-alvo. Assim, com o considerável aumento do consumo de drogas, em especial o álcool, o Estado tem adotado medidas mais eficazes ao encarar esse aumento como um problema social. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem, de forma abusiva, substâncias psicoativas, independentemente do grau de escolaridade, sexo, idade e classe social. Como afirma Andrade (2011), essa é uma das expressões da questão social e um problema de saúde pública.

São muitos os problemas relacionados ao consumo de drogas, principalmente sobre a saúde, a saúde mental e o contexto socioeconômico e cultural de seus

usuários. Por isso, faz-se necessária a construção de políticas públicas adequadas e pautadas na ótica da construção de serviços e dispositivos estratégicos de saúde, assim como a garantia de um processo amplo de reabilitação psicossocial desses usuários.

A política pública, centrada exclusivamente na internação, não se relaciona com o universo dos usuários de drogas e, por isso, os processos terapêuticos ficam incompletos. É necessário, portanto, que sejam desenvolvidas ações de atenção integral com assistência médica, psicológica e social, e que possibilitem, minimamente, a garantia de direitos desses usuários.

Pautado nesse contexto, Vinadé (2009) nos afirma que "pensar a Redução de Danos é pensar práticas em saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem sua qualidade de vida" (VINADÉ, 2009, p. 64).

A abordagem da estratégia de Redução de Danos oferece um caminho promissor, surgindo como uma alternativa, sendo, portanto, não excludente em relação a outros e, por conseguinte, não deve limitar-se ao campo da saúde, mas se estender à assistência social, educação, justiça e tantos outros. Principalmente porque essa política reconhece cada usuário em sua singularidade, traçando, com ele, estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida.

Recentemente, o governo golpista e ilegítimo de Michel "Fora Temer" (2016-2018) apresentou e foi aprovada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 14 de dezembro de 2017, a Resolução nº 32, que reformula a RAPS, incluindo um novo dispositivo assistencial para o campo das drogas, o CAPSAD IV, que funcionará 24h com equipes multiprofissionais e que serão localizadas em regiões metropolitanas (acima de 500 mil habitantes) próximas às "cracolândias". Contudo,

ressalta-se que o atual coordenador nacional da saúde mental, sem debater com a instância deliberativa do Conselho Nacional de Saúde (CNS), instituiu a Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que, se respaldando na aprovação da CIT, altera a RAPS. Além de incluir o dispositivo assistencial já mencionado, adiciona também, com lógica médico-manicomial: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas, Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico Especializado e Hospital Dia. Assim, esse conjunto de ações políticas foi questionado pelo plenário do CNS, estando a referida Portaria em questão.

Em outra ocasião, mas com a mesma intenção, golpe, foi apresentada e aprovada uma proposta que endurece a nova política de drogas no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), em 1º de março de 2018, instituída pela Resolução nº 01/2018.

A proposta tem autoria do atual chefe do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, Osmar Terra[3], médico-psiquiatra, defensor das Comunidades Terapêuticas e da lógica das internações forçadas e crítico ao modelo de redução de danos no combate às drogas. Para ele, a política sobre drogas deve ser orientada para a abstinência, ou seja, que o consumo seja absolutamente proibido e que as ações do governo se concentrem em pesquisar e tratar a dependência química ou psicológica.

3 O referido ministro, como Deputado Federal pelo PMDB-RS, em 2010, foi autor do PL nº 7.663/2010, atualmente PLC nº 37/2013 em tramitação no Senado Federal, que ameaça reconduzir o Brasil ao início do século XX ao intensificar a fracassada "guerra às drogas", com foco na abstinência, nas internações compulsórias, no aumento da pena para o tráfico e nas Comunidades Terapêuticas – uma fusão de manicômios, prisões e conventos – uma instituição total, no sentido goffmaniano. Portanto, de certa forma, o conteúdo do seu PL é a nova Resolução do CONAD que reformula o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas. É um golpe dentro do golpe, já que o mesmo votou a favor do *impeachment* de Dilma Rousseff e, em agosto de 2017, votou pelo arquivamento da denúncia de corrupção passiva do presidente Michel Temer, cujo índice de aprovação é o pior de um presidente desde a ditadura militar.

Tal proposta demonstra claramente o despreparo e ilegitimidade desse governo que não respeita minimamente o direito de escolha de seu usuário. A Política Nacional de Drogas, que vinha assumindo uma postura em favor da política de redução de danos por entender que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, agora constitui-se como resistência, como num passado remoto, no campo da atenção e cuidado aos usuários.

Dessa forma, entende-se que se faz necessário proporcionar, ao usuário, uma educação em direitos humanos sobre drogas, que lhe permita autonomia para fazer suas próprias escolhas, sendo esse um grande desafio. Além disso, tratando-se de seres humanos, temos que necessariamente lidar com as singularidades e com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde em qualquer nível de ocorrência devem levar em conta tal diversidade. Precisam acolher sem julgamentos cada situação, cada usuário, o que é possível e o que é necessário, o que está sendo demandado e o que pode ser ofertado, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como tentamos aqui problematizar, todo o esforço de construção de uma política de drogas no Brasil, que se deslocou do cunho criminal e patológico para uma perspectiva de autonomia e pela abordagem da redução de danos junto às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, apontou, nesse percurso, para diversos modelos assistenciais a depender de suas políticas, interesses, lógicas e contextos.

A partir da análise crítica empreendida, podemos afirmar que, apesar de se ter implementada uma rede de serviços assistenciais para esses usuários, mediante políticas e serviços com perspectivas psicossocial, territorial, intersetorial e de

garantia de direitos, não se observam mudanças efetivas. Desde o final de 2010, a então ação colaborativa, impetrada de forma articulada pelas pastas e setores da administração pública federal, em resposta do Estado brasileiro ao fenômeno do crack, veio aos poucos dando espaço de governabilidade na esfera pública aos setores conservadores e moralistas, que hoje tomam de assalto. Como evidência, aponta-se a conjuntura de crise política, que se estabeleceu a partir de 2015-2016, em grandes retrocessos para o campo das drogas, seja na nova política de saúde mental como na nova política de drogas.

Assim, é desafio de todos os trabalhadores do referido campo público e político, como seus usuários e familiares, estarem "atentos e fortes" para o endurecimento de tais políticas e as consequências nefastas para a atenção e o cuidado, os rearranjos dos modelos assistenciais e o policiamento das redes. Portanto, resistir é preciso, mas não de forma insolada e individual. Essa resposta é coletiva. Apreendeu-se com a história que as disputas e a correlação de forças atropelam, mas com o tempo constroem coisas belas.

Referências

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *In*: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov., 2009.

ANDRADE, Tarcísio M. de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *In*: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, dez., 2011.

BRASIL. **Decreto nº 7179, de 20 de abril de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm#:~:text=DECRETA%3A,crack%20e%20outras%20drogas%20il%C3%ADcitas. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Lei Federal nº 6.368, de 21 de outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1976]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Lei Federal nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2006]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Capacitação para comunidades terapêuticas** – Conhecer para cuidar melhor: Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas. Brasília: SENAD, 2013.

BRITES, Cristina Maria. Política de Drogas no Brasil: usos e abusos. *In*: BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil**: entre a saúde e a justiça proximidades e opiniões. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

COSTA, P. H. A. da; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. No papel é bonito, mas na prática Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. *In*: **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 26, n. 3, p. 738-750, 2017.

FONSECA, Elize Massard; BASTOS, Francisco Inácio Bastos. Os Tratados Internacionais Antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. *In*: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio Soares (Orgs.). **Álcool e outras drogas**: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *In*: **Psicologia & Sociedade**; v. 20, n. 2, p. 257-266, mai.-ago., 2008.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set., 2007.

MARLATT, G. A. **Redução de danos**: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed; 1999.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 2008.

RONZANI, Telmo Mota. **Ações integradas sobre drogas**: prevenção, abordagens e políticas públicas. Juiz de Fora, Ed. UFJF, 2013.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na américa latina**. 3. ed., São Paulo: Cortez, 2009.

TEIXEIRA, M. B.; RAMÔA, M. de L.; ENGSTROM, E.; RIBEIRO, J. M. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *In*: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, mai., 2017.

VAISSMAN, Magda; RAMÔA, Marise; SERRA, Artemis Soares Vioti. *In*: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 32, n. 78/79/80, p. 121-132, jan.-dez., 2008.

VINADÉ, Thaiani Farias. Redução de danos na atenção primária à saúde: construindo a potência do encontro. *In*: MINOZZO, Fabiane; FRANÇA, Samantha Pereira (Orgs.). **A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde**: módulo 07. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

WANDEKOKEN, Kallen Dettmann; VICENTE, Creuza Rachel; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Alcoolismo parental e fatores de risco associados. **SMAD – Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 161-167, dez., 2011.

Capítulo 5

Política pública de saúde mental e serviço social: desafios contemporâneos

Marco José de Oliveira Duarte
Sabrina Pereira Paiva

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta uma análise sobre o campo de saúde mental e drogas e os desafios do trabalho profissional frente à política pública de saúde mental no Brasil. Para tanto, o trabalho objetiva traçar considerações sobre a referida política social no Brasil, a partir dos seus modelos assistenciais, evidenciando, por um lado, os avanços político-legais da política de saúde mental, bem como as ameaças colocadas na atual conjuntura brasileira.

Ressaltam-se, também, alguns aspectos fundamentais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que desafiam o trabalho profissional do Serviço Social no cenário contemporâneo no referido campo, contribuindo, assim, com alguns apontamentos críticos sobre os desafios a esse fazer profissional. Portanto, a partir de uma reflexão crítica da política e do trabalho, na perspectiva da garantia e acesso aos direitos de usuários e familiares, hoje ameaçados pelos ditames neoliberais e pelo conservadorismo galopante, produzimos, assim, um ensaio.

No ano em que se comemoram os 40 anos do início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, vemos que o lema "por uma sociedade sem manicômios", instituído pelo movimento da luta antimanicomial há 30 anos, se reafirma como resistência na luta pela democracia no país e pela defesa intransigente de um Sistema Único de Saúde (SUS) público, universal e antimanicomial.

2. PARA UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: OS MODELOS ASSISTENCIAIS EM QUESTÃO E A GESTÃO DA POLÍTICA SOCIAL

Se o processo de transformação da assistência psiquiátrica tradicional em estratégia e atenção psicossocial gerou mudanças significativas em como hoje a

loucura e o cuidado em saúde mental são vistos, é verdade também que há muito que se fazer, em particular, frente às tentativas de ameaças a partir do governo golpista em reatualizar a lógica manicomial. Desse modo, essas mudanças têm incidido sobre a gestão do cuidado, na clínica, na organização dos serviços, nas políticas do setor e na relação com os usuários e familiares e no território.

A mudança principal do modelo assistencial com a nova política de saúde mental, instituída pela Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001), está centrada na noção de território, que se baseia em duas ideias: a de que os problemas de saúde mental dizem respeito ao sujeito e não à doença, e que as ações no campo de saúde mental devem ser substitutivas ao circuito emergência–internação–ambulatório, sendo realizadas em serviços de atenção psicossocial, tendo o território como local de referência por excelência.

Nesse sentido que é necessário demarcar que o processo de substituição do modelo centrado no hospital – lógica manicomial – se deu concomitantemente à redemocratização em fins dos anos de 1970, tendo, como marco, a organização de trabalhadores que denunciaram as condições de trabalho e, consequentemente, as violações de direitos e a precariedade da atenção e cuidado aos usuários da saúde mental.

É nesse contexto, segundo Amarante (2007), que se inicia um movimento de mudanças desse processo social complexo, denominado Reforma Psiquiátrica, que implica em articular as dimensões teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural na forma de olhar e se relacionar com a pessoa com transtorno mental.

Contudo, há de se afirmar que o campo da saúde mental é constituído de vertentes, perspectivas e significados diferentes, com disputas, em particular, no que se refere ao regime de gestão do trabalho e também da referida política,

em se tratando do lócus de operação e organização dos serviços e sua lógica de produção do cuidado com a rede pública de saúde.

Assim, podemos sinalizar três tendências: uma que propõe uma modernização das instituições psiquiátricas, como estamos presenciando e resistindo, com a publicação da Portaria nº 3.588/17 (BRASIL, 2017), com a retomada dos hospitais psiquiátricos especializados, com forte conteúdo corporativista imposto pela ordem psiquiátrica; uma outra que se restringiu à mera reorganização dos serviços, a qualquer custo, inclusive com parcerias público-privadas; e, por fim, a tendência histórica da gênese do movimento, que radicaliza tanto com o modelo manicomial-hospitalocêntrico em lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, reivindicando a perspectiva do usuário-centrado, quanto o modelo de privatização da saúde e da precarização do trabalho.

Portanto, mesmo com esse embate de forças no e sobre o campo da saúde mental, essas transformações assistenciais imprimiram diferentes formas de expressão e inserção dos sujeitos em sofrimento-existência no mundo, a partir da emergência de novos dispositivos assistenciais, como os Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento, bem como os dispositivos de geração de trabalho e renda, que, sob o paradigma da desinstitucionalização, privilegiam o respeito às diferenças, às possibilidades e às limitações de cada um, rompendo com a psiquiatrização e com as relações de tutela, segregação e estigmatização dos seus usuários.

Registra-se que esse movimento se dá em conjunto com a construção do Sistema Único de Saúde, e que, portanto, as Reformas Sanitária e Psiquiátrica afirmam os mesmos princípios e diretrizes, enquanto políticas públicas. Do primeiro serviço substitutivo criado em 1987 até o contexto atual, o redirecionamento do modelo assistencial avançou, como previsto na Lei nº 10.216/01, em um

conjunto de Portarias do Ministério da Saúde, apesar de terem tido apenas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental para avaliarem a referida política, do ponto de vista do controle social. Todavia, há ainda muito a fazer para consolidar a política de saúde mental na perspectiva do ideário reformista em sua gênese, principalmente, porque a trajetória da Reforma Psiquiátrica e sua implementação se deram de maneira heterogênea, desigual e singular em cada região do país.

Atualmente, segundo os dados do Ministério da Saúde[1], consolidados no ano base de 2016, os serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial são: 2.500 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades (CAPS, CAPSI – infantil e CAPSAD – álcool e outras drogas) e tipos I, II e III (24 horas); 57 Unidades de Acolhimento (UA) entre UA Infantil e UA Adulto; 489 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); 1.167 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e 150 unidades do Programa Consultórios na Rua. Ressalta-se que se tem 1.163 leitos nos ainda 263 hospitais psiquiátricos e 1.800 Comunidades Terapêuticas, sendo que apenas 300 delas mantêm parcerias com o Governo Federal, no âmbito do Programa "Crack: é possível vencer". Por meio dessa parceria, a Secretaria Nacional de Drogas (SENAD) oferece o apoio financeiro público para essas organizações, em sua maioria religiosas, que atendem usuários de drogas.

Se em 2001 se constituiu o marco no processo reformista brasileiro, em decorrência da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, contudo, em 2011, tivemos a contraditória Portaria GM/MS nº 3.088, que incluiu as Comunidades Terapêuticas na então promulgada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), muito em decorrência do pacto

1 Registra-se que a última versão de consolidação dos dados do Ministério da Saúde é de outubro de 2015, contudo, sobre os dados de até 2014 (BRASIL, 2015). Há um limite em acessar esses dados expostos no texto, inexistentes no portal do Ministério da Saúde, e isso só foi possível pela captura de imagens projetadas pelo atual Coordenador Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, Dr. Quirino Cordeiro Junior (professor de psiquiatria da UNIFESP) em reunião da Frente Parlamentar de Saúde Mental, na Câmara dos Vereadores do Rio de Janeiro, em 21 de junho de 2017, que promoveu o debate "Saúde Mental no Brasil".

e conciliação com setores conservadores na gestão tanto da política social como no cenário político da administração do Estado brasileiro, e isso culminou na abertura de vagas – um novo processo de manicomializaçao com o Programa "Crack, é possível vencer".

Cabe salientar que numa conjuntura de retração do papel do Estado, de precarização das condições de trabalho e a presença permanente das forças oponentes à política de saúde mental, lideradas tanto por corporações médicas como pelas forças políticas conservadoras que ressuscitam o higienismo e a criminalização de parcelas significativas da população, com a lógica de internações forçadas, impuseram-se desafios e obstáculos ao avanço da produção do cuidado antimanicomial.

Mas isso só veio à cena pública em dois episódios: o primeiro, de acordo com Coe e Duarte (2017), em 2013, por ocasião do I Encontro Nacional da RAPS, no Paraná. Houve o acirramento da plenária final do evento com relação à gestão nacional de saúde mental, no que se refere à retirada imediata das Comunidades Terapêuticas da RAPS, aclamada por unanimidade, da mesma forma com relação à repulsa as internações compulsórias aos usuários de drogas em situação de rua.

O segundo foi em 2015, tornando pública a contradição e a ambiguidade com relação à gestão da política social e, muito precisamente, em decorrência dos "conchavos" para impedir o processo de *impeachment* de Dilma Rousseff. O então ministro da saúde, Arthur Chioro, que tomou posse em 2014, no segundo mandato da então presidenta Dilma Rousseff, é exonerado por telefone, em setembro, e, por indicação da bancada do PMDB aliada, toma posse o psiquiatra de linha conservadora Marcelo Castro. Em dezembro, este substitui o então coordenador nacional de saúde mental por Valencius Wurch Duarte Filho, que é da mesma linha do referido ministro, além de ter sido o diretor do maior manicômio privado da América Latina, a Clínica Doutor Eiras, em Paracambi/RJ.

Contudo, cabe ressaltar que os problemas de transição da gestão da política que aparentemente só estavam incidindo no jogo do poder, macularam o ideário reformista, acirrando, assim, os problemas na gestão de recursos humanos. Dentre os mais graves, há a precarização nas relações trabalhistas, centrada na parceria público-privada, os baixos salários, implicando em múltiplos empregos dos trabalhadores, a sobrecarga de trabalho e a baixa adesão aos novos processos de trabalho em equipe, no território, matriciando ações de saúde mental com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de repercutir diretamente nas linhas e produções de cuidado junto aos usuários e familiares.

Portanto, houve três meses de ocupação da sala da Coordenação Nacional da Saúde Mental pelos ativistas dos movimentos da luta antimanicomial, pois foram retirados à força pela polícia, a mando da presidência. Mesmo com a demissão do coordenador, dada a pressão de repercussão nacional, a derrota foi coroada com o governo golpista, em 2016, com seus novos gestores das pastas da saúde e saúde mental.

3. CONSIDERAÇÕES SOBRE OS NOVOS MODOS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL TERRITORIAL

Ao tomarmos a Reforma Psiquiátrica como processo político de desconstrução do modo manicomial de tratamento da/para a saúde mental, a construção de um outro olhar, de outros serviços e referências passa a ser fundamental. Os conceitos de desinstitucionalização, integralidade, responsabilização e intersetorialidade, entre outros, são presentes na análise dessa nova produção de cuidado em saúde e colocam-se como primordiais na perspectiva da construção

de uma rede de atenção em saúde (RAS) e, em particular, de uma rede de atenção psicossocial (RAPS).

A integralidade, como uma das diretrizes do SUS, também está relacionada à noção de direito à saúde. A Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990) define integralidade como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. No entanto, a noção de integralidade, segundo Furtado e Tanaka (1998), extrapola o conceito anterior, pois o cuidado integral envolve cinco dimensões: o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou o grupo concebido em sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis dos serviços de saúde; o tratamento diferente para quem está numa situação desigual; e a interferência nas condições gerais de vida da comunidade.

Nesse sentido, a busca pela integralidade envolve a noção de responsabilização: "o serviço deve responsabilizar-se pela saúde mental de toda a área territorial de referência, e isto pressupõe um papel ativo na sua promoção" (DELL' ACQUA; MEZZINA, 2005, p. 62). No entanto, essa tarefa não se restringe aos serviços de saúde mental, a partir da nova lei de saúde mental, e, mesmo das Portarias nº 336/2002 (BRASIL, 2002) e nº 3088/2011 (BRASIL, 2011), do Ministério da Saúde; deve haver uma articulação entre os segmentos sociais que compõem a RAPS, a fim de promover melhora nas condições de saúde e de vida das pessoas.

Para Amarante (1996), portanto, é preciso ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença; faz-se necessário promover mudanças, em todo o sistema de saúde, para que de fato possamos nos responsabilizar de modo integral pela saúde das pessoas, como princípio ético-político de garantia dos seus direitos de cidadania. Assim, de acordo com essas Portarias, os CAPS

devem se responsabilizar, sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território.

Dessa forma, a responsabilização pela população atendida deve ser um princípio norteador do novo modelo de atenção em construção. A produção do cuidado, portanto, baseia-se em um modelo de atenção à saúde mental aberto – modelo de atenção psicossocial –, como uma das portas de entrada para a RAPS, que garanta cuidado e a livre circulação dessas pessoas pelos serviços, comunidade e cidade.

Assim, a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde/Estratégia de Saúde da Família (ESF), porta de entrada privilegiada da rede pública do SUS, diz respeito também às necessidades de saúde mental dos usuários. Nela, busca-se um cuidado singular do usuário, conhecendo suas necessidades e demandas e facilitando a criação de estratégias e linhas de cuidado, seja estimulando sua participação nas atividades existentes nas ESF, seja compartilhando o cuidado com os outros dispositivos, como CAPS, ambulatórios etc.

É desse processo de trabalho que emerge o matriciamento em saúde mental às equipes da ESF no território, com a possibilidade de ampliação do trabalho do cuidado da atenção psicossocial. No apoio matricial, observa-se que muitas pessoas com transtorno mental pouco comparecem às unidades de saúde ou não estão realizando acompanhamento nos CAPS, ou porque não precisam, ou porque apresentam outra necessidade de cuidado. Há uma dificuldade de oferecer cuidados integrais, pois existem também outras pessoas que demandam atenção das ESF, além das dificuldades que as equipes encontram em dar continuidade ao cuidado aos usuários que não se encontram nos CAPS, por apresentarem comprometimento em suas habilidades e necessitarem de cuidados, não intensivos, mas de uma atenção voltada por conta do transtorno, de reinserção social e de cuidado no território.

Essa lógica territorial e de compartilhamento entre CAPS e ESF, através do apoio matricial, estabelece a integralidade da atenção aos indivíduos e suas famílias que demandam cuidados de saúde mental, que eventualmente não frequentam os CAPS ou não utilizam os serviços disponibilizados pela ESF. No entanto, isso se coloca como um dos desafios aos dispositivos de cuidado de forma colaborativa, de maneira que estes tenham acolhimento, apoio e participem das atividades dessa integração compartilhada.

Nesse sentido, isso só é viável pela ruptura com um modelo centrado na doença que vem fragmentando o processo de trabalho das equipes, dando lugar às especialidades, elevando as filas de espera por consultas em saúde mental, com as internações nos hospitais psiquiátricos, em resposta à crise. Nesse processo, a escuta, o vínculo e a gestão do cuidado são secundarizados, dificultando o acolhimento das demandas de saúde mental na atenção básica.

Aposta-se, assim, em linhas de cuidado que potencializem recursos na atenção básica e que venham garantir novas práticas de cuidado em saúde mental, não restringindo tal atenção apenas aos serviços substitutivos, ampliando-se, consequentemente, os espaços sociais de acolhimento da loucura. Cuidar das pessoas com sofrimento psíquico o mais próximo possível de sua família, em seu contexto social, rompendo com o modelo centrado no hospital, sempre foi o objetivo da Reforma Psiquiátrica.

Embutidos nesta análise, se destacam os conceitos de articulação e intersetorialidade, que são as bases de construção de uma rede de cuidados no território. A desinstitucionalização, como vimos, aponta para a criação de uma rede que estabeleça conexões e laços com outros setores das políticas públicas, para o desenvolvimento de articulações com outros saberes, com outras áreas de conhecimentos, com outras práticas, isto é, propõe uma interlocução constante com outros campos.

Dessa forma, convoca-se a participação de diferentes atores sociais, tornando-o um campo permeável, plástico, poroso, dando a ideia de construção e reconstrução, ou seja, de movimento constante e permanente. Com a articulação, pode se dar maior sustentação ao campo, além de fazer com que a Reforma Psiquiátrica no SUS aconteça e se afirme enquanto política pública de Estado, indo além dos referidos dispositivos técnico-assistenciais.

Desta feita, desenvolvem-se ações integradas e intersetoriais em rede e no território, com outras políticas públicas, estabelecimentos e parcerias, sejam públicas, privadas e de iniciativas da sociedade civil, que vêm se efetivando timidamente.

Assim, a atenção em saúde inclui ou deveria incluir, necessariamente, ações dirigidas também aos familiares, como usuários dos serviços, e comprometendo-se com a construção de uma rede ampliada e compartilhada de saúde, respeitando as possibilidades individuais, coletivas, organizacionais e institucionais na perspectiva da cidadania e do direito à saúde.

Portanto, o território, assim, é o lugar sobre o qual o serviço assume a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isso significa que uma equipe deve atuar no território de cada usuário, incluindo nele, a dimensão do trabalho doméstico do cuidado, nos espaços e percursos que compõem suas vidas cotidianas, visando enriquecê-lo e expandi-lo. O território, dessa forma, é vivo e dinâmico, pois é composto de sujeitos sociais. “A sociedade incide sobre o território, e este, sobre a sociedade” (SANTOS, 2000, p. 70), pois o território refere-se às forças vivas de uma dada comunidade.

Dentre todos os desafios a serem enfrentados na construção desse novo modo de produzir cuidado em saúde mental, destacam-se os obstáculos concretos na reprodução da vida social dos sujeitos com sofrimento psíquico, a dificuldade

do acesso aos direitos sociais básicos, e, especialmente, os relacionados ao morar, ao trabalho e ao lazer.

Assim, foram criados dispositivos e estratégias para intervir sobre tais questões, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou moradias assistidas, que estão organicamente associadas à diminuição e fechamento dos leitos psiquiátricos, mas que pela Portaria nº 3.588/17 (BRASIL, 2017) mantêm o leito em aberto e com recurso financeiro, reforçando o modelo hospitalar-manicomial. Portanto, se a inversão do modelo assistencial foi e ainda é acompanhada, também, pelo deslocamento do financiamento, é real com a nova gestão da política reinvestir no manicômio e desfinanciar a rede de atenção psicossocial originária há trinta anos atrás.

Da mesma forma, outras questões emergem, como a inserção social pelo trabalho, que se constitui um dos maiores enfrentamentos e desafios na construção do modo de cuidar psicossocial, que se dá, principalmente, nas oficinas de geração de trabalho e renda, por ainda realizar-se nos limites dos CAPS. Por outro lado, apesar de a saúde mental constituir-se em vários pontos de cultura, muitos dos usuários ainda têm limitações de prover suas condições materiais de sobrevivência e, mesmo com os ditos benefícios, ameaçados nessa conjuntura, é necessário reafirmar, de forma coletiva, o posicionamento ético-político em defesa dos direitos e das políticas públicas.

4. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: DESAFIOS HISTÓRICOS E CONTEMPORÂNEOS

O debate sobre o trabalho do assistente social na saúde mental ganhou maior expressão no interior da categoria especialmente a partir da instauração do

processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, quando se deu a ampliação da atuação deste profissional na área.

Ressaltam-se os avanços teórico-metodológicos e das práticas de cuidado em saúde mental a partir do processo de construção da Reforma Psiquiátrica no contexto brasileiro, na medida em que tal movimento representou a recusa ao reducionismo que o saber médico psiquiátrico impôs à loucura, ao equacioná-la à doença, possibilitando um movimento de reconstrução de sua complexidade, aberto à contribuição dos diversos saberes e instâncias sociais e políticas. A Reforma Psiquiátrica se funda no solo interdisciplinar e intersetorial, no qual as várias disciplinas buscam construir a produção de conhecimentos e práticas de cuidados direcionados aos usuários, seus familiares e a comunidade.

Além disso, deve-se observar que o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira foi contemporâneo do de renovação do Serviço Social no país, ocorrendo uma sintonia entre os princípios de ambos. Entre eles, destacamos: a liberdade como valor ético central; a defesa dos direitos humanos e a luta pela eliminação de todas as formas de preconceito (ROSA, LUSTOSA, 2015).

Entretanto, a despeito dos avanços conquistados, permanecemos, enquanto categoria, com vários dilemas, os quais estão ligados tanto ao lugar profissional que historicamente a categoria construiu e constrói nessa área quanto à conjuntura econômica, política, ideológica e institucional de desmantelamento dos princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, a partir do avanço do neoliberalismo no país.

Com relação ao papel e às demandas historicamente construídas e colocadas para a(o) assistente social na saúde mental, é importante ressaltar inicialmente, conforme já registrado pela literatura da área, que a inserção desse profissional, em meados da década de 1940, no âmbito dos serviços sociais psiquiátricos,

possuía um caráter de Serviço Social clínico, voltado para intervenções junto às famílias, visando o ajustamento aos preceitos higienistas, particularmente nos Centros de Orientação Infantil e Juvenil, ligados ao sistema previdenciário (BISNETO, 2005; SCHEFFER, 2017).

Nota-se, assim, que a inserção de assistentes sociais no campo da saúde mental brasileira tem se dado pela necessidade do Estado em controlar as expressões da questão social, sendo que parte da categoria profissional, naquele momento, passou a fundamentar a sua prática profissional no campo *psi*, investindo na formação em psicanálise e terapia de família (ROSA, LUSTOSA, 2015).

Após a Segunda Guerra Mundial, o modelo biomédico, centrado na doença, no hospital e na cura por procedimentos e fármacos, só cresceu no Brasil e no mundo. Mas a força desse modelo não implica a inexistência de movimentos de resistências, opostos ao crescimento do mercado da saúde e do poder biomédico. Nesse sentido, houve expansão de tais movimentos questionadores e de transformação das práticas em saúde mental na perspectiva dos direitos humanos e da cidadania, os quais se espalharam e foram adquirindo força a partir da segunda metade do século XX.

No Brasil, o debate tomou definitivamente a cena pública através do Movimento pela Reforma Sanitária, protagonizado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em fins da década de 1970. Como conquista desse movimento para o campo da saúde mental, temos a emergência do campo denominado "atenção psicossocial" no país, a partir da década de 1990.

Entretanto, é sabido que nessa mesma época a sociedade brasileira passou a ser objeto das políticas de ajuste fiscal, com a perda paulatina dos direitos sociais historicamente conquistados, a redução do emprego e a precarização dos existentes, o fortalecimento do caráter focalizado das políticas sociais e a

restrição de financiamento para essas políticas, especialmente a de saúde. No que tange à saúde mental, percebemos, ainda, retrocessos relacionados ao retorno do discurso manicomial, de práticas repressivas, de controle e disciplinamento dos corpos.

Conforme salientado por vários autores, essa conjuntura é deletéria para o resultado e a qualidade dos serviços prestados, colocando-nos, desde a década de 1990, o desafio de negarmos a vertente da "desospitalização como desassistência" (AMARANTE, 1996), pois é notório que não logramos a conquista do Estado de Bem-estar Social, conforme vivenciado na experiência reformista italiana.

Por outro lado, é necessário considerar que os diferentes saberes e discursos produzidos sobre a cidadania do "louco", a partir do contexto da reforma, não necessariamente estão ligados à mesma matriz epistemológica, analítica e de intervenção. Pelo contrário, as palavras cidadania, acolhimento, escuta, cuidado, clínica ampliada, entre outras, são frequentemente utilizadas indistintamente por todos os atores e forças sociais do campo.

Concordamos com Robaina (2010, p. 344), quando ela chama atenção para o deslizamento, na conjuntura atual, "de um modelo psiquiátrico para um modelo psicológico", o qual é extremamente atraente ao recorte neoliberal, já que o centramento exclusivo nos sujeitos parece esconder os contextos sociais nos quais estão imersos. Sendo assim, conforme identificado por Robaina (2010), uma das matrizes de atuação do assistente social na saúde mental permanece identificada com a atividade "clínica" psicologizante. Nesse contexto, o social fica borrado, diluído, descaracterizado, aparecendo como "sendo tudo e nada ao mesmo tempo" (BISNETO, 2005).

Nesse ínterim, chama atenção a construção do que Lancetti (2008) denomina de CAPS "turbinado", já que todos os técnicos de nível superior, com exceção

dos psiquiatras, transformam-se indistintamente em "técnicos de referência" ou "técnicos de saúde mental". Ressalta-se que a figura do técnico de referência pode servir para diluir e, até mesmo, dissolver certas competências e atribuições privativas do assistente social, especialmente no contexto de hegemonia do discurso *psi* (ROSA, LUSTOSA, 2015, p. 36). Certamente, é fundamental o desenvolvimento de competências interprofissionais, e a pluralidade dos saberes disciplinares inseridos na área da saúde é fundamental para o desenvolvimento de uma perspectiva mais rica e afinada com o olhar integral. Contudo, precisamos cuidar para que, ao tentarmos fazer frente ao discurso/prática *psi*, não esbarremos em uma "perspectiva assistencialista instrumental" (ROBAINA, 2010, p. 346).

Nesse sentido, percebe-se que o campo da saúde mental coloca, hoje, para o/a assistente social e demais profissionais inseridos nesse campo, o desafio de compreender e problematizar as determinações sócio-históricas do sofrimento mental e questionar a descaracterização dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Além disso, coloca, também, a necessidade de discutirmos sobre as possibilidades para a atuação profissional da(o) assistente social, considerando as particularidades dos(as) usuários(as) da saúde mental que trazem consigo, em sua grande maioria, um histórico de exclusão, preconceito, discriminação, institucionalização e asilamento.

Isso implica em construirmos espaços de interlocução com outros profissionais e instituições, visando ofertar o cuidado mais ampliado aos usuários da saúde mental e seus familiares. A atuação junto aos familiares e comunidade pode ser um rico espaço para desconstrução do estigma da loucura, através do estímulo à mobilização e organização em defesa de direitos, através da criação, fomento ou inserção em associações que representem os interesses desse segmento, por exemplo. É fundamental ir além dos limites impostos pelas instituições e pela política local e alinhar os usuários, familiares e técnicos com o movimento nacional de luta pela Reforma Psiquiátrica.

Sendo assim, faz-se necessário que o Serviço Social esteja articulado e sintonizado com o movimento dos trabalhadores e usuários que lutam pela real efetivação das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. É imperiosa a construção permanente da análise crítica da política de saúde mental, observando-se que a lógica neoliberal, além de sucatear os serviços públicos de saúde mental, criou uma rede paralela de serviços privados e filantrópicos, que foge aos padrões da universalidade da saúde, caracterizando-se pela focalização e seletividade.

Ressalta-se ainda algo que toca diretamente no trabalho profissional no âmbito da saúde no contexto atual, que diz respeito aos efeitos da sistemática precarização dos vínculos trabalhistas, comprometendo a organização dos trabalhadores e do trabalho, impactando a equidade de direitos e a democratização das relações, com nítidos reflexos na perspectiva de constituição de práticas interprofissionais e na qualidade dos serviços prestados.

Além disso, chamam à atenção as dificuldades para a construção do trabalho intersetorial visando possibilitar, aos sujeitos, uma perspectiva de cuidado integral e desejavelmente ancorado no território de vida desses. Sendo assim, é urgente considerarmos a construção de ações em rede intersetoriais como horizonte de intervenção para os(as) assistentes sociais e demais profissionais envolvidos no cuidado em saúde mental.

Por fim, é importante salientar que as expressões da questão social que atravessam a saúde mental no plano macrossocial envolvem as repercussões relativas ao avanço das desigualdades sociais na sociedade brasileira, referindo-se à violência, ao estigma, à exclusão de direitos. Não é possível escamotear essa discussão no cotidiano dos serviços de saúde mental, pois senão estaremos falando de uma cidadania retórica: não é possível falarmos de cidadania sem falarmos em desigualdade.

Nesse sentido, cabe a hipótese trabalhada por Vasconcelos (2017, p. 36) de que, na conjuntura de crise atual juntamente com a heterogeneidade da base social do movimento antimanicomial no Brasil, há uma tendência de "hipervalorização voluntarista do ativismo micropolítico", como se o avanço das políticas e programas decorresse do simples comprometimento de profissionais com os valores da luta antimanicomial, porém esse ativismo tem resultados rasos no enfrentamento político e na estratégia de defesa dos projetos reformistas na saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato, precisamos cuidar para que não caiamos nessa retórica vazia e que possamos, cada vez mais, buscar alianças e formular estratégias políticas mais amplas junto aos demais profissionais e movimentos sociais. Urge fortalecermos a luta antimanicomial e essa tarefa é de todos os profissionais, dos familiares, dos usuários, enfim, de todos aqueles que acreditam na Reforma Psiquiátrica em toda sua amplitude, que se implica com um projeto de sociedade sem manicômios em todos os sentidos que essa perspectiva nos aponta.

O campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica e a problematização sobre o cuidado em saúde mental e o trabalho profissional do Serviço Social foram abordados por diferentes olhares e pontos de vista neste capítulo, evidenciando a complexidade do processo de análise de tão amplo processo social.

Abordar as transformações pelas quais passam as políticas públicas de saúde mental no Brasil e a relação com o fazer profissional tem proporcionado a todos(as) nós, do referido campo, um acúmulo teórico e político que permite contribuir para avançar rumo à sociedade sem manicômios, implicados com

os desafios e os obstáculos postos na afirmação da política pública que resiste coletivamente pelo conjunto de seus trabalhadores, usuários e familiares.

Referências

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

BISNETO, J. A. Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental. *In*: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 82, p. 110-130, jul./2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

COE, N. M.; DUARTE, M. J. O. A construção do campo da Atenção Psicossocial na Política Pública de Saúde Mental no Brasil: rupturas, tessituras e capturas. *In*: DUARTE, M. J. de O. *et al*. (Org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas:** políticas públicas e direitos humanos. Campinas: Papel Social, 2017.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta a Crise. *In*: AMARANTE, P. (Org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial** (2). Paulo de Frontin: NAU, 2005.

FURTADO, L. A. C.; TANAKA, O. Y. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *In*: **Revista de Saúde Pública**. v. 32, n. 6, p. 587-505, 1998.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. *In*: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 39-351, jun. 2010.

ROSA, L. C. dos S.; LUSTOSA, A. F. M. Afinal, o que faz o serviço social na saúde mental? *In*: **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 11, n. 1, p. 27-50, maio 2015. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635023. Acesso em: 20 jun. 2019.

SANTOS, M. *et al*. **Território e sociedade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2000.

SCHEFFER, G. Subsídios históricos para a crítica dos fundamentos do serviço social clínico no Brasil. *In*: DUARTE, M. J. de O. *et al*. (Org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas**: políticas públicas e direitos humanos. Campinas: Papel Social, 2017.

VASCONCELOS, E. M. Contribuições recíprocas entre o serviço social brasileiro e o campo da saúde mental, e a análise crítica da reforma psiquiátrica no contexto neoliberal. *In*: DUARTE, M. J. de O. (Org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas:** políticas públicas e direitos humanos. Campinas: Papel Social, 2017.

Capítulo 6

Contrarreforma da Educação Superior e os principais aspectos sobre a mercantilização do ensino brasileiro

Cynthia Santos Ferrarez

1. INTRODUÇÃO

O Brasil, ao longo das últimas décadas, passou por um processo de contrarreforma do Estado, negando garantias constitucionais e incentivando a mercantilização dos mais diversos serviços públicos. Esse Estado, também, se mostra extremamente forte e viável ao capital através da desregulamentação de legislações e decretos para favorecer a iniciativa privada.

Para a adequação ao processo em questão, a criação de ideias capazes de garantir consenso e difundir a ideologia dominante é de suma importância. Sendo assim, o incentivo à criação de "intelectuais do capital", nas palavras de Pereira (2008), faz-se indispensável para legitimar os mecanismos propostos pelo projeto neoliberal.

No Brasil, assim como em outros países periféricos, o consenso constitui-se através de mecanismos de controle político, cultural e econômico por meio de auxílios para o seu desenvolvimento, o que nada mais é que a concessão de empréstimos. Organismos como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) são gestores da estabilidade econômica e da hegemonia do capital.

O foco principal deste estudo, a educação superior, tem se mostrado uma grande arma à disposição do capital, principalmente na difusão da ideia de ascensão social por meio do diploma universitário. Sobre esse aspecto, Mandel (1979) faz uma análise desse processo no capitalismo tardio, verificando "a necessidade de mão de obra especializada no plano técnico, na indústria e num aparelho de Estado em crescimento" (MANDEL, 1979, p. 42).

Nesse contexto, a universidade passa por transformações diversas, se massifica e se torna espaço de especialização profissional para setores específicos

da classe trabalhadora que procuram ascensão social por meio da educação superior. Mandel (1979) localiza esse fato na Terceira Revolução Industrial, em que a entrada de trabalhadores intelectuais na produção, supervisionando as máquinas e organizando o processo do trabalho, se dissemina com maior grau.

De acordo com Mandel (1979), esse processo é a "proletarização do trabalho intelectual", através da fragmentação e da alienação do trabalho, envolvendo a esfera da ciência e da produção de conhecimento.

As medidas tomadas para legitimar as ações governamentais para com a educação superior se sustentam num contexto de crise declarada, em que o Estado não pode investir nas políticas sociais e, ainda, necessita cortar gastos para manter o mercado competitivo. Esse fenômeno não se localiza somente no Brasil, "nem apenas de países do Terceiro Mundo ou da América Latina, mas uma realidade presente e comum à maioria dos países" (SILVA JR.; SGUISSARDI; 2001, p. 25).

Para tanto, a discussão aqui proposta aborda a educação superior desde a Ditadura Militar até os dias atuais, buscando entender cada ação governamental e as questões que perpassam o ensino mercantilizado e à distância.

2. A DITADURA MILITAR BRASILEIRA E SEU LEGADO PARA EDUCAÇÃO SUPERIOR

Durante o período populista (1945-1964), o Brasil seguia uma tendência de ampliação de vagas nas escolas públicas. Com a tomada do poder estatal pelos militares (1964-1984), o referido regime fez, do estímulo à abertura de escolas privadas confessionais e laicas, o seu carro chefe.

A mercantilização do ensino superior e a contrarreforma da Política de Educação no Brasil tiveram sua gênese nesse processo, e seu ápice deu-se através de indicadores internacionais. Começamos a discussão pelo período ditatorial, que representa para Frigotto (1991):

> É preciso atentar para o fato de que ao contrário do que apontam inúmeras análises, o golpe de 64 não é uma bravata dos quartéis, uma quartelada, mas sobretudo um movimento que representa a continuidade de um projeto conservador, expressão da tradição histórica acima aludida, de caráter escravista, feudal, de uma burguesia e elites subservientes. Alain Tourain (1991), ao fazer um balanço da crise da América Latina mostra que os golpes militares, as ditaduras são expressão armada de sustentação de um histórico projeto conservador plotado nos interstícios destas sociedades e que hoje, como veremos adiante, expressa-se na saída conservadora neoliberal (FRIGOTTO, 1991, p. 45).

Os três momentos mais importantes para entender o contexto ditatorial são: o primeiro sob a doutrina da Segurança Nacional e do "Brasil ame-o ou deixe-o"; o segundo durante o governo Médici e o ápice do autoritarismo, com os exílios, cassações, perseguições, torturas e mortes; e o terceiro diz respeito à desmobilização (através da força) da sociedade civil, sem representação nas organizações.

A Educação propagada pelo regime militar foi coerente com a ideologia da Segurança Nacional, reprimindo os professores e alunos "indesejáveis" (GERMANO, 2011, p. 105), por terem um posicionamento político e ideológico crítico e avesso ao ensino que se objetivava implementar no país, revestido "de um anticomunismo exacerbado, de um anti-intelectualismo que conduzia à misologia, ou seja, à negação".

Algumas medidas tomadas pelo governo militar demonstram o quanto a educação superior era vulnerável aos mais diversos tipos de influências internas e externas. A exemplo, pode-se destacar o "salário-educação (1964), o Fundo

de Apoio ao Desenvolvimento Social (Finsocial) de 1982, as bolsas MEC/MPAS (Ministério de Previdência e Assistência Social), o Crédito Educativo, entre outros" (GERMANO, 2011, p. 199).

As medidas supracitadas foram adotadas pelo regime militar para o financiamento da educação pública e outros investimentos, em que se transferiram grandes somas de recursos para empresários privados da área de educação através de isenção de impostos, bolsas de estudo e empréstimos subsidiados para equipamentos e construção de escolas.

Diante disso, o regime não só cortou verbas para o financiamento da educação pública e gratuita, mas transferiu recursos para a rede de educação privada, facilitando a corrupção. Como afirma Germano (2011):

> Os privilégios e os incentivos concedidos ao setor privado acabam por degenerar em abusos e corrupção, atingindo '18 bilhões só em 1982' (Espíndola *et alii*, 1984, p. 6), decorrentes da sonegação e fraude por parte das empresas no que se refere ao pagamento do salário-educação. Além disso, a abertura concedida pela legislação permitiu o surgimento de agenciadores de educação num verdadeiro conluio empresa privada/escola privada, em que a primeira repassava à segunda, sob a forma de bolsas de estudo, um montante de recursos inferior àquele que deveria recolher aos cofres públicos. A escola, no entanto, fornecia um recibo falso atestando que a empresa havia aplicado corretamente os percentuais estabelecidos em lei, assim como 'arranjava' uma lista de alunos 'beneficiados' com as bolsas (Cf. CUNHA, 1985; GERMANO, 2011, p. 204).

Como exemplo da facilitação para atos de corrupção, pode-se destacar a situação de alguns alunos que ganharam bolsas, mas tinham que pagar uma complementação para os estudos. Sendo assim, a Secretaria de Educação do Rio de Janeiro constatou que "50% das escolas apresentavam casos de duplicidade de bolsas" (GERMANO, 2011, p. 204). Outra prova da corrupção exercida pelas

empresas-escola foi detectada pelo MEC com a descoberta que cerca de 40% do salário-educação foram desviados (GERMANO, 2011) através desse esquema de agenciamento, chegando, somente o estado do Rio de Janeiro, a conceder cerca de 150 mil "bolsas-fantasma", somando 4 bilhões de cruzeiros em desvios feitos por 210 escolas.

A reforma universitária, realizada em 1968, abarcava um discurso de melhorias necessárias no âmbito do acesso, mas, na verdade, foi uma "manobra pelo alto". Essa manobra se estendeu para o Ensino Primário e Médio em 1971, mostrando uma revolução passiva, pois não contou com a participação da sociedade civil e objetivou desmobilizar os movimentos sociais no campo da educação.

Diante do exposto, todas as tomadas de decisão voltadas para educação superior favoreceram desvios, sonegações e fraudes que, segundo Germano (2011, p. 204), se tornaram graves e expressaram-se no seguinte panorama: aproximadamente 100 mil empresas apresentaram irregularidades no recolhimento do Finsocial entre os anos de 1983 e 1984, dentre essas, cerca de 28 mil não fez sequer um recolhimento.

O processo de transição da Ditadura Militar para a constituinte foi marcado por variados fatos que envolveram crise econômica e efervescência política, que muitos autores denominam de "década perdida" ou, em termos políticos, como a "transição inconclusa" (FRIGOTTO, 1991, p. 48). Mas, quando nos referimos à educação, a década de 1980 não está tão perdida assim:

> No plano educacional, no âmbito da sociedade civil de estados e municípios, notamos avanços não desprezíveis. A constituinte mobilizou os educadores progressistas não só a face às questões educacionais, mas face às questões econômico-sociais. [...] O Fórum Educacional reuniu 26 organizações da área. Este Fórum se manteve duramente todo processo de elaboração da LDB, na versão Jorge Hage. [...]. Daí pode-se inferir que

> no âmbito educacional a década de 80, certamente, não foi de todo perdida (FRIGOTTO, 1991, p. 49).

A década de 1980 foi marcada por discussões permanentes e embates importantes da sociedade civil com relação à política de educação. Houve "uma reacomodação do Ensino Superior Privado (ESP), no Brasil, por razões estruturais e gerais e por outras relacionadas às especialidades da gestão" (SILVA JR.; SGUISSARDI; 2001, p. 191). O governo federal tentou conter a expansão dessas instituições privadas através de ameaças para regulamentar políticas de qualidade e avaliação para essas instituições.

A conjuntura político-econômica do final da década de 1980 atingiu a Educação em seu núcleo, enfatizando as exigências do Banco Mundial (BM) para que contrarreformas educacionais fossem realizadas como ajuste estrutural da economia do país. O ensino fundamental é preconizado como forma essencial para o desenvolvimento, mas a universidade pública ainda seria para os privilegiados e alvo de privatização.

> As reformas e ajustes do FMI e do Banco Mundial, impostos aos países devedores desde os anos de 1970, traziam em suas condicionalidades obrigações tanto de garantias de pagamento quanto de garantias de desenvolvimento, que se traduziam na obrigação da realização de políticas sociais compensatórias com o objetivo de diminuir a desigualdade social, sob a forma de pacotes para o desenvolvimento com os quais os países anuíam [...] (MELLO, 2005, p. 72).

A educação passa a integrar o discurso de adequação à "nova ordem global", e, segundo Leher (1998), a ser um instrumento de "alívio da pobreza", conseguindo agregar um discurso de "superação" das condições historicamente dadas aos sujeitos sociais, apagando as lutas de classes e disseminando a falta do conhecimento e do acesso como pivôs das diferenças sociais, demonstrando,

com isso, que a dimensão individual precisa de maior trato do que a dimensão humano-genérica.

3. A CONTRARREFORMA DA EDUCAÇÃO SUPERIOR E OS AJUSTAMENTOS AO PROJETO DE DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO

A década de 1990 abarcou uma série de questões relativas aos direcionamentos estabelecidos pelos organismos internacionais e, nesse sentido, o BM, o FMI e a OMC vêm influenciando, de forma lesiva, as políticas públicas adotadas pelos países classificados "em desenvolvimento". Adotando o linguajar de recomendações, esses organismos mantêm a soberania do capital e dos países ditos desenvolvidos.

O Brasil presenciou uma maior investida nesse sentido a partir da promulgação da Constituição de 1988, mais precisamente com a tomada de poder por parte do presidente Fernando Collor de Mello, em que as primeiras articulações desses organismos internacionais preconizavam a mudança imediata de garantias contempladas pela Carta Magna brasileira. Collor não conseguiu implementar as exigências desses organismos devido ao seu breve governo.

No que diz respeito à educação, um dos marcos do cenário mundial foi a Conferência Mundial de Educação para Todos, em Jomtien, Tailândia, de 5 a 9 de março de 1990, organizada pela United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Unesco), pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e pelo Banco Mundial (BM). O maior embate desse evento foi a definição da educação básica, que, "para a Unesco, [...] referir-se-ia a educação fundamental

e ensino médio, e para o BM estaria restrito ao ensino fundamental" (LIMA, 2007, p. 56).

Outro momento importante para entender os rumos da política de educação nas últimas décadas se concentra no documento produzido pela Comissão Econômica para América Latina e Caribe (Cepal) em 1992, denominado *Educación y conocimiento: eje de la transformación productiva com equidad*, que destacava a "necessidade de formar e qualificar recursos humanos para atuarem diante das mudanças impostas pela realidade internacional" (LIMA, 2002, p. 45). Esse discurso fazia frente ao processo de qualidade da educação, educação essa pensada dentro da lógica do mercado, através do estabelecimento de parcerias para seu financiamento e gestão.

No Brasil, podemos verificar que as condicionalidades dos organismos internacionais não são "imposições de fora", mas ações articuladas "aos próprios interesses da burguesia brasileira em reproduzir internamente relações de dominação ideológica e exploração econômica" (LIMA, 2007, p. 79). Para tanto, essas reformas propostas pelo FMI e BM foram concedidas diante da relação da burguesia nacional com a internacional.

A Conferência Mundial sobre a Educação Superior, realizada pela UNESCO em 1998, enfatizou "[...] a expansão de instituições privadas com a liberalização dos serviços educacionais; e a privatização interna das instituições públicas [...]" (LIMA, 2008, p. 20). Consequentemente, diversos documentos foram lançados

ratificando a educação como serviço[1] e não como direito social. Ou seja, desde então, o princípio de universalidade de direito à educação vem sendo "minado".

Com essas ações e discursos, o "passaporte" para emprego e até mesmo melhor colocação no mercado de trabalho é a educação, reforçada com a capacitação e qualificação técnica profissional, que se dá através de uma formação massificada[2]. É nesse momento que se justifica o Ensino a Distância (EAD), pois atende a essa necessidade imediata do mercado e ainda é lucrativo.

Na verdade, essa modalidade de ensino tem uma outra serventia ao capital: ela também proporciona o esvaziamento do pensamento crítico no processo formativo, adequando os "futuros profissionais" ao consenso ideológico e ao fortalecimento da hegemonia capitalista.

Então, a universidade pública sofre com a diminuição de recursos e com o estímulo à iniciativa privada, em que a lógica mercantil se aplica à educação superior e a lucratividade é o objetivo maior.

Segundo Netto (2000), a "reforma" do ensino superior se dá através de cinco medidas, sendo elas: 1) Há o favorecimento e expansão da privatização; 2) Cria-se a supressão do tripé ensino, pesquisa e extensão; 3) Engendra-se a eliminação da universidade enquanto um espaço universalista; 4) A universidade passa a

1 Com a educação no Acordo Geral sobre Comércio em Serviços, corre-se o risco da sua transformação em um processo de simples comercialização, onde grupos internacionais ou grupos nacionais a eles coligados seriam vendedores, enquanto os países, principalmente os em desenvolvimento, tornariam-se meros compradores de pacotes de serviços diretos (por exemplo, cursos profissionalizantes, de graduação, aperfeiçoamento e pós-graduação etc.) e complementares (por exemplo, livros e materiais didáticos, cadernos, mapas, equipamento científico, uniformes etc.). Tal perspectiva fere a soberania e a autonomia das nações, num caminho que pode levar à perda da diversidade cultural e dos valores locais (SIQUEIRA, 2004, p. 155).

2 Formação em larga escala, cada vez mais encurtada e técnica para o trabalho cotidiano, reforçando o discurso pragmático do agir profissional.

ser regulada pelo mercado; 5) Reduz-se a autonomia docente, o que leva a se concretizar uma autonomia que é regulada pelo financeiro.

Lima (2008) chama essas medidas de "contrarreforma" na educação, e constata que "[...] aprofundam a privatização interna das universidades públicas e ampliam a privatização da educação superior, particularmente por meio dos cursos à distância [...]" (LIMA, 2008, p. 17).

Essas constatações da autora não recaem somente sobre os cursos à distância; segundo a ABEPSS (2009):

> Ao lado do EAD, crescem os cursos privados, que muitas vezes são de baixa qualidade, em que pese os esforços de jovens e comprometidos docentes, em função das condições de trabalho: contrato horista, ausência de pesquisa e extensão, turmas enormes, estágios que não asseguram supervisão acadêmica e de campo articuladas. Quanto à graduação à distância, sabemos que realiza no máximo adestramento, mas jamais formação profissional digna deste nome, como tem denunciado a ABEPSS, o CFESS, e a ENESSO em suas notas públicas [...] (ABEPSS, 2009, p. 146).

Diante da grande utilização de tecnologias, Lima (2007) afirma que estamos vivendo na "era da sociabilidade da informação" como forma aparente, sombreando a essência estratégica econômica e política do capital. Nos países periféricos, a exemplo, seriam implementadas as Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC) nos sistemas financeiro, industrial e educacional.

As TICs possuem funcionalidades importantes para o capital, reforçando a sua lógica produtivista, em primeiro momento por sua compressão espaço-tempo[3], com a transmissão de uma informação de forma rápida e, em segundo momento, pela exaltação ao individualismo.

Um ponto importante a ser destacado é a formação de profissionais e a educação continuada em que:

> Essa formação esvaziada também tem sido marcada por pelo menos duas cisões importantes. A primeira delas diz respeito à dicotomização: formação inicial X formação continuada, em nova feição. Se, até os anos de 1990, o termo 'formação' parecia remeter apenas à inicial, agora passa a apontar para a continuada, destinação de quase todos os investimentos nacionais e internacionais. Como afirma Torres (1998, p. 176): 'A questão mesma da formação inicial está se diluindo, desaparecendo'. Ao mesmo tempo, a formação continuada fica restrita a 'capacitação', 'treinamento' e 'reciclagem' (BARRETO, 2004, s. p.).

O EAD vem se configurando como uma modalidade de ensino voltada para a empregabilidade e acesso "possível", mas é necessário articulá-la com o contexto capitalista atual, que proporcionou seu crescimento e potencializou sua lucratividade.

> [...] em relação ao ensino superior, o que se pretende também é a mudança dos números sem a mudança das coisas numeradas. As medidas da política de Estado neste nível apontam na direção de uma

3 "O tempo, portanto, não apaga o espaço e a aceleração do tempo está relacionada, de um lado, com os saltos históricos para aquisição de conhecimentos, técnicas e concepções de mundo advindas dos países centrais, de outro, com a imposição de uma determinada velocidade, tanto para a redução do tempo socialmente necessário para a produção de determinada mercadoria (colocando a possibilidade de redução de custos e aumento de lucros) quanto para que objetos e conhecimento rapidamente se tornem obsoletos e incentivem a necessidade constante de consumo e a própria reprodução geral do capital" (LIMA, 2007 p.43).

> estratégia calcada em mecanismos de seletividade mais ostensiva, ou mediante formas de uma aparente democratização que esconde a seletividade ou a desqualificação do ensino no interior da universidade. A preocupação do Estado – que no capitalismo monopolista passa a ter o papel de gestor das crises do capital no seu conjunto – é que a universidade além de cumprir seu papel de formadora de quadros dirigentes, tecnocratas, gerentes, etc. e seu papel ideológico, cumpre também a função de uma espécie de válvula que abre e fecha de acordo com os diferentes ciclos das conjunturas econômicas (FRIGOTTO, 2006, p. 174-175).

A modalidade à distância do ensino superior no Brasil tem enquanto marco legal a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDBEN, 1996). Para além disso, no ano de 2002, o MEC criou a Portaria nº 335 a fim de regulamentar a educação à distância no Brasil. Foi então, no ano de 2003, que "o Parecer nº 301 autorizou as universidades e centros universitários a ofertarem cursos superiores à distância sem a necessidade de autorização do MEC, em função da autonomia universitária que gozam as Instituições de Ensino Superior (IES)" (LEWGOY; MACIEL, 2008, p. 69).

O processo de contrarreforma do ensino superior iniciou-se na década de 1990, tendo no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) sua maior expressão. Para viabilizar as medidas de ajustamento, foi criado pelo Ministério de Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE) – Bresser Pereira e aprovado pela Câmara Federal o *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE)*.

> Ao longo da década de 1990, desencadeia-se uma ampliação do espaço privado não somente nas atividades diretamente ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados pelas lutas de classe trabalhadora, o que gera um aprofundamento do processo de mercantilização da educação, sob a direção política do projeto neoliberal de sociabilidade. Este processo torna-se expresso na educação superior, na medida em que o discurso dos organismos internacionais ressalta que a este nível de ensino é destinado um montante

> de verbas públicas maior do que para a educação básica. Esta política, nesta perspectiva, deveria ser revertida com a garantia de verbas para a educação básica, especialmente para a educação fundamental, através da diversificação das fontes de financiamento da educação superior, conforme expressa um dos principais documentos do BM (LIMA, 2006, p. 4).

Em 1996, a criação da Secretaria de Educação a Distância (SEED), no mesmo ano de promulgação da LBDEN, objetivava viabilizar o EAD na política nacional de educação[4].

Em 2001, a Lei nº 10.172 estabeleceu o Plano Nacional da Educação (PNE), que ressaltou o EAD como estratégia para alcançar metas propostas por ele, assim como sua total adequação à Política Nacional de Formação de Professores e Recursos Humanos para atuar nessa modalidade de ensino.

Ainda em 2001, a pós-graduação *stricto sensu* a distância passa a ser admitida[5], não contendo regras específicas para credenciamento, e a avaliação dos cursos foi atribuída à Fundação CAPES.

O governo Luiz Inácio Lula da Silva (LULA), assim como os governos anteriores, manteve suas ações em consonância com a agenda neoliberal. Segundo Lima (2007):

> [...] O governo Lula da Silva não é um governo dos trabalhadores/para trabalhadores, mas é uma coligação entre frações da classe trabalhadora, que aderiram ao projeto burguês de sociabilidade e frações da burguesia brasileira em suas duas faces: brasileira e internacional [...] suas políticas

4 Com o intuito de ampliar e legitimar o EAD, o Ministério da Cultura e Tecnologia (MCT) lança o *Livro Verde da Sociedade da Informação* (2000), que defende a utilização das TICs em todos os níveis da educação e revisão curricular, além de estímulo ao ensino não presencial e aquisição de tecnologias advindas dos países centrais.

5 Resolução CNE/CES nº 1, de 03 de abril de 2001, que estabelece as normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação.

> aprofundam e ampliam a desnacionalização e a desindustrialização de setores estratégicos do país, destroem os direitos sociais e trabalhistas historicamente conquistados, estimulam a abertura comercial sem limites para o capital estrangeiro, tudo buscando articular o consenso passivo e o consenso ativo dos trabalhadores, mas também reprimindo, se necessário, para a garantia da lucratividade do capital [...] (LIMA, 2007, p. 123-124).

Em 2004, através da Portaria nº 4059, o MEC estabelece um limite de 20% para a integralização do currículo, podendo ser alcançado através da oferta de disciplinas não presenciais, caracterizando a modalidade semipresencial.

Em 2006, o Decreto nº 5800 é criado para dar viabilidade ao discurso de democratização do acesso, a interiorização e a flexibilização do ensino, instituindo a Universidade Aberta do Brasil (UAB), inicialmente com 297 polos e mais de 80 mil vagas, nas diferentes áreas desde graduação, especialização e aperfeiçoamento.

Com isso, observa-se um crescimento do ensino a distância no Brasil e um continuísmo das ações do governo Lula dentro da política de governo Dilma Rousseff, reforçando o discurso da democratização do acesso através do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), do Programa Universidade para Todos (PROUNI), do Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), das políticas de ações afirmativas e, principalmente, da supervalorização dos mecanismos avaliativos do SINAES[6].

Torna-se necessário destacar que a alternativa de acesso democrático ao ensino superior se apresenta à classe trabalhadora, que é verdadeiramente o grande foco da educação mercantilizada, como possibilidade de mudança de "status

6 O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES – foi instituído pela Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, com o objetivo de conduzir o processo de avaliação da educação superior. Está assentado no tripé: avaliação das instituições de ensino superior, dos cursos de graduação e do desempenho dos estudantes.

social", em que quando aquela consegue acessar o ensino superior, estes são cursos de curta duração, semipresenciais e a distância.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a Ditadura Militar, os interesses do capital prevalecem sobre as necessidades do trabalho, assim, proporcionando crescimento econômico em alguns momentos. Essa configuração de intervenção estatal foi voltada exclusivamente para o capital e para a retomada da supremacia burguesa no país. A escolarização/qualificação da força de trabalho sofre alterações consideráveis para atender às expectativas internacionais, constituindo "aparelhos de hegemonia através das escolas e universidades" (GERMANO, 2011, p. 104).

Esse movimento conservador, além da censura e da repressão, vulgarizou as Ciências Humanas, mas não significa que a resistência ao regime não tenha existido. Ao contrário, apesar de todas as medidas legais e austeras de persuasão, foi no campo acadêmico que progressivamente a crítica tomou repercussão política e buscou a democracia.

Já na década de 1980, marcando o findar da ditadura, pode-se notar que o discurso da necessidade de avaliações e controle de qualidade dos cursos e instituições não tem nada de novo, são quase quatro décadas de discussões sobre o tema. Mas o que se pode destacar nesse processo é que essas políticas eram ameaçadoras para as Instituições de Ensino Superior (IES) privadas, e atualmente são motivos de propaganda e *marketing* gratuito.

O processo de contrarreforma do ensino superior iniciou-se na década de 1990, tendo no governo FHC sua maior expressão. Para viabilizar as medidas de

ajustamento, foi criado pelo MARE, através de Bresser Pereira, e aprovado pela Câmara o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE).

A partir do governo Lula, o Enade aprofunda o "caráter ranqueador, produtivista e punitivo" (LIMA, 2007, p. 170). Ao se tornar componente obrigatório nos currículos e constar no histórico escolar dos estudantes como informação (se se submeteu ou não a tal exame), verifica-se que não é um avanço democrático quando pensado em relação ao governo anterior, bem pelo contrário.

O grande investimento e o crescimento exorbitante dessa modalidade de ensino comprovam que a abertura indiscriminada de cursos EAD, privilegiando única e exclusivamente o capital, contribui de forma significativa para a deterioração da formação continuada do país.

Enfim, todos os governos que sucederam a Constituição de 1988 se dedicam à dita democratização do acesso, que de democrática não tem nada. Na verdade, temos uma ampliação de vagas, em sua grande maioria em instituições privadas, sem o devido respaldo ao aluno e à instituição. Ignorando a qualidade do ensino, a aprendizagem do aluno e a luta por uma educação pública e presencial.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). Desafios à formação profissional em tempos de crise mundial – A ABEPSS nas atividades comemorativas de 15 de maio de 2009. *In*: **Temporalis – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. Brasília: ABEPSS, n. 17, 2009.

BARRETO, Raquel Goulart. Tecnologia e educação: trabalho e formação docente. Campinas. **Revista Educação & Sociedade**, volume 25, nº 89, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-73302004000400006&script=sci_pdf. Aceso em: 7 maio 2010.

FRIGOTTO, Gaudêncio. O contexto sócio-político brasileiro e a educação nas décadas de 70/90. **Contexto & Educação**. UNIJUI, ano 6, nº 24, p. 43-57, out/dez 1991.

FRIGOTTO, Gaudêncio . O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. *In*: FAZENDA, I. (Org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

GERMANO. José Willington. **Estado militar e educação no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LEHER, Roberto. **Da ideologia do desenvolvimento à ideologia da globalização**: a educação como estratégia do Banco Mundial para "alívio" da pobreza. Tese de doutorado. São Paulo: USP, 1998.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; MACIEL, Ana Lúcia Suárez. Reflexões acerca do ensino à distância na formação em Serviço Social. *In*: **Temporalis – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. Brasília: ABEPSS, n. 15, 2008.

LIMA, Kátia Regina de Souza. Organismos internacionais: o capital em busca de novos campos de exploração. *In*: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (Org.). **O empresariamento da educação**: novos contornos do ensino superior no Brasil dos anos 90. São Paulo: Xamã, 2002.

LIMA, Kátia Regina de Souza. Educação à distância na reformulação da educação superior brasileira. *In*: SIQUEIRA, Ângela; NEVES, Lucia Maria (Orgs.). **Educação Superior: uma reforma em processo**. São Paulo: Xamã, 2006. p. 147-177.

LIMA, Kátia Regina de Souza. **Contra-reforma na Educação Superior**: de FHC a Lula. São Paulo: Xamã, 2007.

LIMA, Kátia Regina de Souza. Contrarreforma da educação superior e formação profissional em Serviço Social. *In*: **Temporalis – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. Brasília: ABEPSS, n. 15, 2008.

MANDEL, Ernest. **Os estudantes, os intelectuais e a luta de classes**. Lisboa: Antídoto, 1979.

MELLO, Adriana A. S. de M. – Os organismos internacionais na condução de um novo bloco histórico. *In*: Neves, L. M. W. (Org.). **A nova pedagogia da hegemonia**. São Paulo, Editora Xamã, 2005.

NETTO, José Paulo. Reforma do Estado e Impactos do Ensino Superior. *In*: **Temporalis – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. Brasília: ABEPSS, n. 1, 2000.

PEREIRA, Larissa Dahmer. **Educação e Serviço social: do confessionalismo ao empresariamento da formação profissional**. São Paulo: Xamã, 2008.

SILVA JR., João dos Reis; SGUISSARDI, Valdemar. **Novas faces da educação superior no Brasil**. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez; Bragança Paulista, SP: USF-IFAN, 2001.

SIQUEIRA, Ângela C. de S. A regulamentação do enfoque comercial no setor educacional via OMC/GATS. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, nº 26, Agosto de 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782004000200012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 jun. 2019.

Parte 3

Políticas sociais e Direitos Humanos

Capítulo 7

Kalabari, Calabar e a releitura contemporânea dos Quilombos

Ana Claudia de Jesus Barreto

1. INTRODUÇÃO

A cidade capitalista é o palco de luta entre as classes sociais em decorrência dos conflitos de interesses em torno do uso da terra urbana. Como afirma Maricato (2011), a terra é um nó. O direito à cidade é letra morta para o contingente populacional que não tem acesso a um nível de renda compatível para comprar a cidade legalizada. A solução encontrada pela ausência de investimento público no campo habitacional para este contingente é a ocupação das terras alheias. Tal fato abre um campo de conflitos em torno da propriedade da terra e, ao mesmo tempo, favorece a formação de outra cidade reconhecida como informal, que é incompatível com a ordem burguesa planejada para o embelezamento dos empreendimentos de alto custo destinados àqueles que podem pagar o seu preço. Essa realidade automaticamente expulsa das áreas valorizadas aqueles que não podem arcar com esse modelo de cidade, segregando-os nas periferias e favelas.

A cidade de Salvador, pela sua organização interna e sua formação de dois andares, já projetava o futuro numa perspectiva da segregação racial. À medida que a cidade foi crescendo, os negros foram empurrados para longe dos muros da cidade e constituindo as áreas periféricas, estabelecendo a segregação horizontal. Certos bairros periféricos de Salvador têm raízes nos quilombos e nas casas de candomblés, distantes do centro da cidade.

A história das pessoas negras no Brasil é de resistência contra todas as formas de opressão, de violência contra seus corpos, sua cultura, seus valores, desejos, emoções e da liberdade. A trajetória do Calabar reafirma essa resistência contra a sociedade racista, hierarquizada, segregacionista, que exclui os indesejáveis que estão nas cidades e que têm “cor” e endereço geográfico.

Entretanto, os moradores do Calabar foram contra a ordem urbanística planejada para atender as classes hegemônicas. Desafiaram os interesses do mercado imobiliário e o poder público através da organização da associação de moradores e enfrentamento com os gestores públicos nas reuniões. Pressionaram por melhorias urbanas na comunidade através das passeatas, implantação de grupos de estudos e de teatro. Além disso, construíram a Escola Aberta, posto de saúde e uma creche comunitária, com a participação ativa das mulheres, que foram as idealizadoras desses equipamentos públicos.

Hoje, o Calabar é um bairro popular consolidado em meio à riqueza do seu entorno. Em decorrência da resistência na luta pela terra, seus moradores desenvolveram uma identidade racial e comunitária. Eles permaneceram no território de pobreza e precariedade habitacional até conseguirem as melhorias urbanas e a posse da terra. Uma vez que entenderam que tinham o direito de viver e morar na cidade, remaram contra a ordem urbana que exclui, segrega, remove e estigmatiza a população negra e empobrecida.

Segundo dados do IBGE (2010), a população do Calabar estava estimada em 6.484 habitantes. Distribuídos entre 9,81% brancos, 43,43% pretos, 1,17% amarelos, 45,06% pardos e 0,52% indígenas.

Antes, os quilombos eram os espaços negros de resistência contra a ordem escravista, perseguidos pela elite imperial e republicana. Na modernidade, são os espaços de moradia (periferia, a favela, os assentamentos precários), considerados nesta pesquisa a representação dos quilombos, que são os campos abertos de resistência contra o Estado e o capital imobiliário. O Calabar, no interior deste trabalho, é entendido como a representação de um quilombo, porque é indesejado pela elite branca do seu entorno. Os moradores, por serem negros e pobres, são estigmatizados como classe perigosa e, diante do risco

de remoção, foram resistentes até alcançarem a permanência no lugar e as melhorias habitacionais.

Todos esses elementos indicativos utilizados para fazer um comparativo se misturam dentro da realidade complexa de conflitos de classes e resistência permanente dentro de uma lógica ofensiva do capital que promove a barbárie dos tempos modernos. O Calabar é uma porção de terra que reúne gente pobre e preta que carrega e engrossa a estatística da baixa escolaridade, da inserção precária no mercado de trabalho, dos baixos rendimentos e da fragilidade da posse da terra. Tudo isso traduz um significado de que o passado está presente, o moderno e o arcaico se combinam e são reproduzidos pelo racismo institucional.

A metodologia utilizada foi a análise de fontes primárias e secundárias, como a pesquisa de campo. O estudo sugere que somente através da luta coletiva contra uma sociedade estruturada na hierarquia das raças, que mantém nas suas instituições públicas e privadas o racismo, será possível romper as barreiras invisíveis para materializar o direito de existir na cidade.

2. DO QUILOMBO DOS KALABARI À FORMAÇÃO DE BAIRRO PROLETÁRIO: A LUTA PELA MELHORIA DO HABITAR

A história do bairro Calabar é emblemática, como tantas outras histórias da população negra e pobre situada nas cidades brasileiras. Dentre várias lutas travadas, estão a da moradia e permanência no lugar em que se encontra. Pois, por mais precária que a região seja devido à falta dos serviços públicos e à escassez de infraestrutura, é a saída encontrada para satisfazer a necessidade humana de habitar, de abrigar e de se proteger.

Existem duas versões que explicam o aparecimento do bairro. A primeira está relacionada à época da escravidão. Esse fato foi evidenciado quando houve um levantamento histórico realizado por técnicos da prefeitura. Na ocasião, o historiador Cid Teixeira informou que os escravizados trazidos do norte da Nigéria, de uma área denominada Kalabari, ao fugirem dos senhores dos engenhos, formaram um quilombo onde hoje está situado o bairro que se chamava "Quilombo dos Kalabari". Segundo Conceição (1984), essa descoberta fortaleceu o bairro, pois o que à época da escravidão era um símbolo de resistência dos ancestrais africanos, hoje também representa um símbolo "de resistência ao neoescravismo do século vinte, quando um punhado restrito de pessoas tudo possui e as multidões sequer tem o direito de possuir um pedaço de terra" (CONCEIÇÃO, 1984, p. 22).

Os dados disponíveis na página eletrônica da Fundação Gregório de Mattos[1] confirmam essas informações:

> Segundo o historiador Cid Teixeira, alguns escravos trazidos de uma região da África, chamada de Kalabari (atual Nigéria), se refugiaram e construíram um Quilombo (Quilombo dos Kalabari) onde, hoje, está o bairro do Calabar (FUNDAÇÃO GREGÓRIO DE MATTOS, 2018, p. 1).

Apesar dessa afirmativa, não existe nenhuma manifestação de intenção dos moradores para conquistar o reconhecimento do território enquanto remanescente de quilombola. A luta pela propriedade da terra sempre foi a centralidade da mobilização comunitária, em decorrência das constantes ameaças de retirada, e o deferimento desse reconhecimento resolveria a questão do direito à propriedade. Contudo, apesar de os moradores reconhecerem essa origem, conforme

1 Disponível em: http://www.culturatododia.salvador.ba.gov.br/vivendo-polo.php?cod_area=9&cod_polo=9. Acesso em: 15 jan. 2019.

consta no livro de Fernando Conceição (1984), não se movimentaram para abrir um processo de certificação.

A segunda versão é de que o local era uma antiga fazenda, chamada Fazenda São Gonçalo, que no final da década de 1940, segundo os moradores mais antigos, foi ocupada. E há uma disputa para garantir quem foi o primeiro morador do bairro. Outros apontam que a formação do bairro se iniciou na década de 50 e que a partir do fim dos anos 60 ocorreu um adensamento populacional, pois chegaram moradores de outras ocupações, expulsos de suas moradias para dar lugar a construções de alto padrão, como hotéis e conjuntos habitacionais destinados à classe média. Como afirma Kowarick (1979, p. 82), "as transformações urbanas só podem se realizar como um rolo compressor que esmaga todos aqueles que não têm recursos para conquistar os benefícios injetados na cidade."

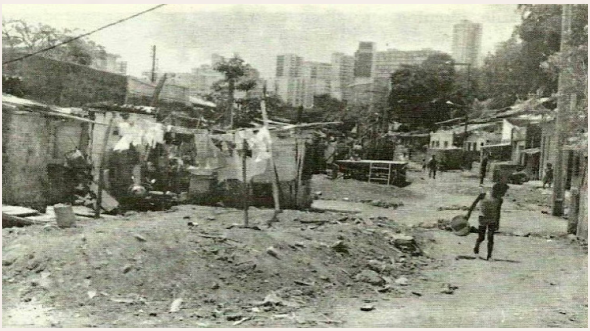
> [...] diversas invasões próximas ao Calabar cederam lugar às ambições políticas administrativas do prefeito, que no lugar dos barracos passou o trator para abrir estradas ou construir imponentes hotéis cinco estrelas, como fizeram com a invasão 'Bico de Ferro', na Ondina. [...] Uma outra comunidade de gente proletária que circunvizinhava o Calabar – o bairro do Mirante – também nessa época cedeu às investidas de algumas imobiliárias. [...] O Calabar foi sendo cercado por edifícios e belos casarões. Cada dia era mais espremido pelas construções das grandes imobiliárias. Enfim, já se podia prever o destino desse bairro (CONCEIÇÃO, 1984, p. 22-23).

Somado a esse grupo, há, ainda, os migrantes que saíram das áreas rurais rumo à capital em busca de emprego. Contudo, a oferta de empregos urbanos não corresponde ao ritmo dos migrantes, resultando, desse processo, em bairros de extrema pobreza, por exemplo, as denominadas favelas (CAMPOS FILHO, 1992).

3. A LUTA PELO DIREITO A TER DIREITO À CIDADE

A habitação nas periferias, nas favelas, nos assentamentos precários são fórmulas encontradas pelos trabalhadores de baixo rendimento para subsistirem nas cidades. As moradias são construídas em locais sem infraestrutura, de forma parcelada, pelo próprio morador ou com ajuda de parentes e amigos nos fins de semana, através do chamado mutirão. Isso é o resultado de salários deteriorados, e é uma das formas de inserir a mão de obra no processo produtivo e permitir sua reprodução a baixo custo (KOWARICK, 1979). O valor da terra também implica no processo de formação do problema habitacional, porque está sob a égide da especulação imobiliária, pela qual é valorizada permanentemente, tornando-se uma mercadoria inacessível para boa parcela da população. Assim, essas pessoas se segregam em espaços desprovidos de serviços públicos e podem, a depender do interesse do capital imobiliário, ser expulsas a qualquer momento.

Figura 1 – Condições habitacionais do bairro Calabar na década de 70



Fonte: CONCEIÇÃO, Fernando (1984, p. 29).

> Pobre dentre os pobres, este estrato da população trabalhadora só pode encontrar na favela a solução para subsistir na cidade. Fruto de uma engrenagem econômica e política que deprime os salários, diminuindo, por conseguinte, os níveis vitais de consumo, dos quais a moradia é um componente essencial, torna-se favelado todo indivíduo ou família que não pode pagar o jogo especulativo do mercado imobiliário (KOWARICK, 1979, p. 86).

A luta dos moradores junto ao poder público para reconhecer as necessidades básicas do bairro, como água, luz, esgotamento sanitário e, também, para a legalização da posse da terra teve início quando um grupo de jovens entre 14 e 21 anos, motivados por uma gincana, criou, em 12 de setembro de 1977, o Grupo de Jovens Unidos do Calabar (JUC).

A partir de então, esses jovens começaram a discutir os problemas do bairro em reuniões, envolvendo os moradores interessados na melhoria da comunidade. O local era considerado uma comunidade de doentes devido às condições insalubres, moradias extremamente precárias, esgoto a céu aberto, onde era comum as crianças caírem e ingerirem lama e água contaminada. Segundo Conceição (1984), as mães achavam que seus filhos estavam gordinhos ao verem suas barrigas inchadas e grandes, mas na verdade o Calabar não passava de uma "comunidade doente, sem assistência nenhuma dos poderes públicos" (CONCEIÇÃO, 1984, p. 24).

> [...] Com a combinação entre processo de urbanização da pobreza e a inserção precária desses moradores na cidade, os bens e serviços públicos que melhoram a condição da urbanidade dos bairros tornam-se uma das mais importantes demandas populares, levando a mobilização locais relacionadas a moradia, transporte, saúde, saneamento etc. (ROLNIK, 2015, p. 181).

A formação do JUC foi fundamental para a mobilização da comunidade, que se sentia apática e desesperançosa frente ao descaso do poder público. Porém, no

dia 8 de junho de 1979, dois meses após receber a comissão de moradores em seu gabinete, o prefeito à época, Mário Kertèsz, visitou a comunidade que dizia desconhecer e um dos membros do JUC, o jovem Fernando Conceição, leu o documento preparado para aquela ocasião. Um dos trechos dizia:

> [...] E por que o governo não cuida da rua que a ele pertence? Ou melhor, por que não cuida do seu povo, pois aqui já não falamos da rua, mas de gente pobre e humilde – contudo trabalhadora – na qual não se pode depositar toda a culpa desse mal social, que é a falta de habitação no nosso país (CONCEIÇÃO, 1984, p. 43).

Desde o surgimento da comunidade, nenhuma autoridade pública havia visitado o local. Depois do cardeal Dom Avelar Brandão Vilela, foi a vez do prefeito Mário Kertèsz, que se comprometeu a realizar obras de melhorias, delegando, assim, um assessor para mediar a relação entre a comunidade e a prefeitura. As primeiras medidas foram: a retirada de 50 toneladas de lixo acumulado por muitos anos, iluminação, conserto e implantação de pontes de madeira. Essas medidas foram consideradas de curto prazo.

O primeiro ato público ocorreu na véspera da visita à Salvador do Presidente do Brasil, João Figueiredo, causando, assim, uma tensão muito grande entre o prefeito, seu assessor e a comunidade. Portando cartazes nas mãos com frases como “Abaixo a tapeação”, “Cinco mil pessoas, três mil crianças na Calabar não têm esgoto, nem água”, sessenta moradores caminharam até a sede da Secretaria de Segurança Pública para pressionar o poder público. Para Rolnik (2015), nos locais onde o poder público é considerado como “Estado que não chega” ou o “Estado ausente” existe uma expressão da presença do Estado nos territórios de pobreza, através dos processos de formação, consolidação e remoção desses territórios.

Figura 2 – Primeiro ato público dos moradores do Calabar

Fonte: CONCEIÇÃO, Fernando (1984, p. 48).

Na década de 80, foi fundada a Sociedade Beneficente e Recreativa do Calabar, que organizou uma passeata com o objetivo de cobrar as reivindicações que não foram cumpridas pelo prefeito até aquele momento, na qual a população do Calabar caminhou em direção à sede da prefeitura, percorrendo um total de 20km. Os moradores exigiram a presença do prefeito, que se recusou a recebê-los e, estrategicamente, tentou fazer com que conversassem com seus assessores, proposta que foi recusada. No final, mesmo não sendo recebidos pelo prefeito, eles se sentiram vitoriosos pelo efeito que causaram e, ao mesmo tempo, refletiram que jamais haviam participado de uma mobilização como aquela, desabafando sobre a opressão de que são vítimas (CONCEIÇÃO, 1984).

Harvey (1980) realiza um movimento de construir uma teoria normativa de alocação espacial ou territorial baseada em princípios de justiça social, considerando que esta é um bem limitado e que deve ser pensada como um motor para resolver direitos conflitivos. "A justiça social é uma aplicação particular de

princípios justos e conflitos que surgem da necessidade de cooperação social na busca do desenvolvimento individual" (HARVEY, 1980, p. 82). A questão colocada pelo autor é de que se a divisão do trabalho aumenta a produção, como, então, distribuir o resultado entre aqueles que cooperam com o processo?

Os princípios de justiça social, quando aplicados às questões geográficas, são aqueles que dizem respeito à organização espacial e ao padrão de investimento que satisfaça as necessidades da população, e à alocação de recurso territorial, que também provê benefícios "extras". Os desvios dos investimentos do território são tolerados desde que sejam utilizados para superar os desafios próprios do meio. Esses princípios, segundo Harvey (1980), podem ser utilizados para as distribuições espaciais existentes.

A distribuição justa é aquela em que a repartição de renda ocorre de tal forma que a necessidade da população é localizada no território, os recursos são distribuídos para maximizar os "efeitos multiplicadores" entre os territórios e os extras são utilizados para resolver as dificuldades específicas tanto do meio físico como social. Ainda, os mecanismos de ordem institucional, econômico, político e organizacional deveriam funcionar de modo que as perspectivas dos territórios menos favorecidos fossem maiores do que poderiam ser. O problema reside encontrar uma organização social, econômica e política onde essa condição seja obtida e mantida (HARVEY, 1980).

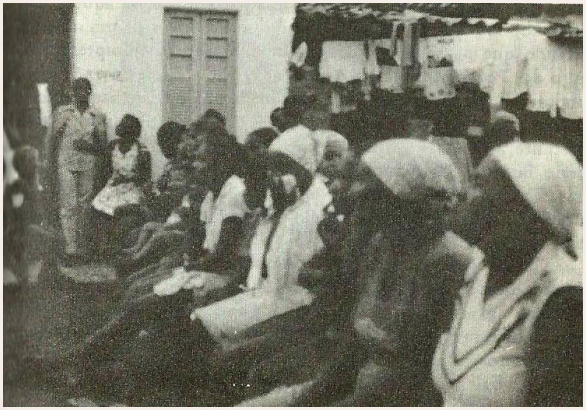
Os recursos públicos que deveriam ser alocados para o atendimento das necessidades de territórios menos favorecidos são canalizados para locais mais privilegiados, manifestando a distribuição injusta. Isso porque há uma cooperação no processo de produção através da divisão do trabalho e não há uma apropriação igualitária dos resultados ou da renda acumulada, que acaba sendo canalizada para atender a parcela da população que controla as organizações políticas e econômicas.

O direito à cidade não é resultado de caprichos e modismos. Surge, portanto, das ruas e dos bairros, como um grito de socorro de uma população marginalizada e estigmatizada pelo poder político e pela classe hegemônica. Pensar a cidade que queremos não é algo separado de idealizar o tipo de pessoa que queremos ser. Por isso, o direito à cidade vai além do acesso individual ou grupal aos recursos urbanos, é o direito de mudar e reinventar esse lugar a partir dos nossos desejos. E esse processo depende do exercício do poder coletivo sobre o processo de urbanização. O movimento de fazer e refazer a cidade que queremos é um dos direitos humanos mais desprezados (HARVEY, 2014).

> Se a gente tá aqui é porque somos quase igual a eles [...] a gente se considera gente, igual a eles não, porque eles tem dinheiro e poder, mas a gente não fica embaixo [...] a gente apanhava pra poder conseguir as coisas aqui pra gente [...] quando eu cheguei aqui era resto de cemitério e defunto, era caixão, era tudo, jogava tudo de lá pra cá [...] meti as caras fiz meu barraco (D. Maria do Carmo).

A luta dos moradores do Calabar foi inspirada na dos seus antepassados que foram escravizados. Aquela luta era representada pela liberdade de viver sem castigos, sem opressão, sem qualquer tipo de violência imposta para trabalhar, de viver seus ritos, sua cultura e cultivar seus valores identitários que foram menosprezados, diminuídos e subjugados pela ideologia eurocêntrica.

Figura 3 – Moradores na reunião do bairro



Fonte: CONCEIÇÃO, Fernando (1984, p. 51).

Os jovens que se uniram para promover melhorias urbanísticas no seu *locus* habitacional pensavam na coletividade negra espoliada que chegou até ali através de um longo processo de descaso da elite política e econômica do país. E eles não podiam aceitar a ordenação social hierarquizada, estruturada ao longo dos 300 anos de escravização no Brasil.

Direcionados por uma consciência de classe e de grupo racial, entendiam que existia um processo perverso de exclusão e de segregação espacial da população negra e pobre na cidade que, por regra, ocupava a periferia, os locais mais inóspitos, rudes, sem infraestrutura básica. Mas para onde ir se não existia alternativa melhor? Se não existia uma política habitacional que os contemplasse? Ali era o que restava e, por isso, resolveram lutar contra a ordem hegemônica em período de recessão do regime político ditatorial. Então, contrariando todas as expectativas, se tornaram símbolo de luta e resistência, e, assim, é conhecido o bairro Calabar.

O que esses jovens queriam era romper com o "círculo vicioso" que se forma pela ausência de equipamentos básicos e de serviços públicos, além das características da vida e do trabalho dos seus moradores. Esses elementos têm um efeito cumulativo e, além de reforçarem, agravam as condições de vida dos trabalhadores pobres da cidade. [...] "a cidade está estruturada de uma maneira tal que destina aos trabalhadores de baixa renda não apenas o pior espaço, mas a pior qualidade de vida. Não é uma cidade feita para os pobres" (CALDEIRA, 1984, p. 64).

4. QUILOMBO E FAVELA: A (RE)AFIRMAÇÃO DA RESISTÊNCIA DO POVO PRETO

A vivência das desigualdades sociais se dá no cotidiano e nos espaços onde são reproduzidas as relações sociais. É privilégio, nessa discussão, o espaço de moradia – a periferia, a favela, os assentamentos precários etc. – como lugares que abrigam uma parcela majoritária da população negra, e que são uma representação do quilombo. Anteriormente, era o quilombo, e, hoje, são os espaços precários de moradia que abrigam a população pobre e negra. Essa relação está embebida de significados e expressa, também, na contemporaneidade o lugar que o poder hegemônico relega, confina e segrega esse grupo racial.

> O quilombo e a periferia estão associados à evidencia pela presença da favela. Imaginário quilombola é restaurado com a luta do negro brasileiro pela inclusão e é assim que aparece na linguagem do *rap*. O quilombo era o território dos libertos no sistema escravista, em que eles podiam ser recriados como cidadãos, em oposição ao cativeiro, como participantes das relações sociais por meio de outra identidade territorial. A favela como sinônimo de exclusão social, localizada na periferia, traduz uma territorialidade dos que foram desterritorializados, pois estamos falando de uma terra de migrantes (CARRIL, 2013, p. 178).

Resistir é um projeto de vida da população negra e pobre que luta pela sua existência, resistir para existir numa sociedade construída com base na hierarquização a partir do critério da cor, que define quem deve ou não ter acesso aos bens e serviços produzidos coletivamente ou quem deve ou não viver. Segundo Berth Joice[2] (2019), os espaços das cidades são o reflexo das hierarquias raciais que são dadas pelo sistema sociopolítico. O racismo desenhou cidades excludentes e segregacionistas, reforçando, dessa forma, a supremacia branca como forma de poder predatório.

Carril (2013), ao fazer uma abordagem da manifestação do *rap* como uma linguagem que informa a realidade a partir de um território na cidade segregada, entende que as letras são um enfrentamento entre o segregado e a exclusão que lhe é imposta. É uma forma de comunicação e de pensar o mundo a partir da vivência e da busca pelo significado da história do negro no Brasil: "querem nos destruir, mas, não, mas não vão conseguir, se aumentam a dosagem nós iremos resistir, evoluir, não se iludir com o inimigo que transforma cidadão em bandido [...]"[3].

Conforme Paixão (2003) explica, a exclusão social vivida por negros(as) desmente por completo o mito de que as peculiaridades do nosso meio sejam indiferentes à cor ou à etnia, levando-o a questionar as orientações das políticas públicas e das pesquisas sociais que insistem em ignorar os problemas vivenciados pelos negros no Brasil.

A negação ao direito é a regra, a exceção é a concessão pelo poder hegemônico – em razão da pressão realizada pelos movimentos sociais e da resistência

2 Disponível em: https://www.geledes.org.br/areas-brancas-e-areas-negras-o-redline-nas-cidades--brasileiras/?utm_medium=ppc&utm_source=onesignal&utm_campaign=push&utm_content=onesignal. Acesso em: 25 abr. 2019.

3 Trecho da música Antigamente Quilombo, hoje periferia. Banda Z´África Brasil. Disponível em: https://www.letras.mus.br/zafrica-brasil-musicas/186764/. Acesso em: 03 jan. 2019.

da população negra no interior das formas espaciais, nas favelas ou periferia – como uma estratégia de manutenção do projeto político de sociedade que deixa descobertas as injustiças sociais. Por isso, o projeto de quilombo sempre reaparecerá, enquanto o mito da democracia racial encobrir a realidade das desigualdades raciais no Brasil.

Sendo assim, o quilombo de ontem é representado na periferia, nas favelas, nos assentamentos subnormais de hoje, os quais considera-se como quilombos contemporâneos porque guardam uma semelhança chamada resistência, que é o fio condutor para a discussão aqui levantada.

Os seus becos, vielas, as moradias modestas guardam histórias de vida das mais diversas e uma trajetória de exclusão permanente do processo civilizatório. As conquistas alcançadas pela comunidade do Calabar (escola, creche e posto de saúde), ao longo da trajetória de resistência contra a opressão branca, não foram cedidas pelo poder público. Mas foram resultado da soma do esforço coletivo através de valores democráticos, solidários e culturais que culminaram na materialização de cada equipamento social que, hoje, atende as necessidades dos moradores pelo menos nas áreas básicas, como educação e saúde[4].

Isso é quilombismo, segundo a definição de Abdias Nascimento (1980). Uma comunidade que resiste ao longo do tempo contra a exploração de classe e contra a sua remoção de uma área valorizada pelo capital, demonstrando que ser negro e pobre, na sociedade brasileira, requer um esforço coletivo para existir dentro da ordem branca que, neste caso, significa a imposição da trajetória de exclusão através da inclusão precária no circuito do consumo dos bens e serviços ofertados.

4 Os moradores fizeram queixas com relação à falta de médico para atender a comunidade. No período da entrevista, em janeiro de 2019, apenas havia uma médica para atender os pacientes. A administração do Posto de Saúde é de responsabilidade da Prefeitura Municipal de Salvador.

A estratégia de resistência da comunidade do Calabar, em meio à longa trajetória de espoliação urbana entendida por Kowarick (1979) como sendo o somatório de extorsões que se opera por meio da ausência ou pela precariedade de serviços de consumo coletivo que são necessários para o mínimo da sobrevivência humana, foi de certa forma motivada pela origem histórica do local. Sendo assim, essa memória precisava ser mantida a fim de que resistissem "as ameaças de destruição da identidade sócio-comunitária" (CONCEIÇÃO, 1984, p. 22).

Apesar de não ser reconhecido como um quilombo urbano, os moradores do Calabar se identificam com a história passada e criaram uma identidade de luta e resistência que remete aos seus antepassados, que outrora lutaram contra o domínio dos seus corpos e pela liberdade, e, hoje, a luta se faz pela terra, pela moradia e pelas condições mínimas de sobrevivência.

Uma comunidade – reconhecida como "bem organizada" pelos gestores públicos devido a sua persistência pelas melhorias urbanas no bairro – demonstrou que é através da ação coletiva, da solidariedade comunitária e da resiliência contra a opressão, o descaso e a violência institucionalizada que é possível construir outra sociabilidade, para além da lógica predatória e consumista que remove comunidades para atender aos interesses inumanos do capital.

Reconhecido como "um ponto de terra pobre, cercada de riqueza por todos os lados", por estar localizado no meio do metro quadrado mais valorizado da cidade, o Calabar resistiu através dos jovens e da Associação Beneficente e Recreativa, que pensaram democraticamente ações conjuntas e, desse modo, construíram uma identidade territorial a partir da perspectiva de direito à vida urbana.

O direito à cidade teoricamente existe, mas, na prática, forças trabalham no sentido contrário para impedir o exercício dos direitos, de modo que não sejam

reconhecidos, pensados e exigidos (HARVEY apud MIRANDA; REIS, 2018). Essas forças opostas foram contrariadas pelos moradores do bairro que se articularam e, engajados nesse espírito de luta, literalmente "colocaram a mão na massa" e materializaram o projeto de uma comunidade com posto de saúde, creche, escola e biblioteca.

A participação das mulheres nesse espaço de luta foi bastante significativa. Elas criaram um Grupo de Mulheres dentro da Associação, um espaço onde podiam falar dos seus problemas, fortalecer a autoestima e lutar por seus direitos. Nesse movimento de trocas, buscavam soluções coletivas e, a partir das necessidades percebidas, foram à luta pela construção da Escola Aberta, da creche comunitária, do posto de saúde e da horta comunitária. O grupo iniciou com 28 mulheres e ao final da construção da creche possuía apenas 8. Muitas desistiram porque não acreditavam que iriam conseguir concretizar as construções. Um pouco dessa luta transparece na fala da moradora Idalice:

> Naquele tempo o Calabar não tinha nada, não tinha política, os donos do Calabar era a gente [...] a gente lutou, lutou. A gente ia para o Palácio da Aclamação, nego jogava bomba, a gente corria e depois voltava de novo [...] Pra fazer a Escola Aberta todo mundo ajudou. Arrumou um bloco para armar a escola. Juntamos com as voluntárias para fazer a creche do Calabar. Os meninos aqui era tudo perebentos [...] aqui era uma morreção (sic) de crianças [...] quando abriu o posto os meninos tudo bonitinhos [...] morria muita criança de febre tifo, febre amarela (D. Idalice).

Hoje, além do posto de saúde, da escola e da creche, a comunidade tem uma biblioteca comunitária com um acervo de 6.220 livros e a frequência de 120 leitores /mês. No diálogo com a moradora e também gestora da biblioteca sobre a questão do resgate da identidade negra com as novas gerações do Calabar,

que não passaram pela experiência coletiva de resistência pela terra, Janete relatou que:

> A gente faz aqui dentro conversas, cine debate, discussões voltadas a nossa cultura e a gente chama a comunidade pra participar, pra entender um pouquinho sobre você, sobre como é que você se ver [...]. Um dia uma mulher que tinha 54 anos, disse que se viu negra com 32 anos [...]. Acho que a gente ficar calado e ver as coisas acontecendo não ajuda em nada. Mas, quando a gente procura atividade do tipo novembro negro, aqui a gente faz atividade o mês inteiro. A gente tira foto que é pra mostrar a sua beleza, faz um mural com todo mundo da comunidade, aí você se nota. E quando você ver uma criança que vinha pra cá e dizia que era branca e agora abre a boca e diz sou negra e tem orgulho de usar um torço. Há três anos colocar um torço era um processo [...] que é da macumba, de homossexual. Aí você dá uma oficina de torço e conta a história do torço [...] quando hoje tem oficina de torço tem mais criança que adulto. É um trabalho de formiga, mas que vale a pena (Janete, moradora e gestora da Biblioteca do Calabar).

Mesmo diante das dificuldades vivenciadas no processo de luta e resistência pela terra, as mulheres e homens daquele contexto histórico das décadas de 1970 a 1980 conseguiram se apropriar do território. Em meio às pressões do poder público e do mercado imobiliário, com as frequentes ameaças de remoção, tornaram-se protagonistas e construíram coletivamente equipamentos sociais que ficaram para a posteridade, para as novas gerações que estão crescendo na comunidade.

Esse olhar saiu do Grupo de Mulheres e deve ganhar um espaço para o seu significado na trajetória histórica do bairro na mobilização, na busca de doações de materiais, de voluntários para trabalhar nesses espaços. Algumas pessoas, por muitos anos, trabalharam sem receber salário, como foi o caso da professora Lindalva e de D. Idalice, que trabalharam na Escola Aberta e na creche, respectivamente. Essa participação deveria ser aprofundada em novas pesquisas, com foco

no protagonismo feminino negro do Calabar que não se restringiu ao ambiente doméstico, mas que se fez presente na luta cotidiana por permanecer no bairro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pesquisar sobre o bairro Calabar foi possível compreender o processo de resistência comunitária que culminou na conquista da permanência na terra e melhorias urbanas. Ao mesmo tempo, é possível fazer uma correlação dessa resistência com aquela dos escravizados nos quilombos, pelo seu significado histórico contra a ordem escravista. Por essa razão, defende-se, a partir de uma representação, que toda comunidade que resiste ao processo de expulsão, desapropriação e remanejamento deve ser considerada um quilombo contemporâneo.

O quilombo contemporâneo é, portanto, caracterizado pela forte presença de negros(as) que se identificam com a história dos seus antepassados, possuem uma identidade negra e resistem contra a lógica branca imposta para retirá-los do seu território. Outro elemento que precisa ser acrescentado a essa discussão é a longa trajetória de espoliação e direito à terra.

Ao analisar as violações dos direitos humanos – como o não acesso à educação, à saúde, ao saneamento básico, água e luz – a que a comunidade do Calabar foi submetida antes da luta por esses serviços, pergunta-se se a escravidão acabou ou foi reinventada, reconfigurada. Por que as estruturas sociais e institucionais insistem na sustentação das raízes da sociedade escravocrata em pleno do século XXI? As respostas a essas perguntas se encontram na concretude da vida das comunidades quilombolas, das favelas e dos assentamentos precários, porque os sujeitos que vivem nelas guardam, na pele, a história da transformação de pessoas em objetos, em coisas e, até mesmo, em negros.

Referências

CALDEIRA, Teresa Pires do Rio. **A política dos outros:** O cotidiano dos moradores da periferia e o que pensam do poder e dos poderosos. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CAMPOS FILHO, Cândido Malta. **Cidades Brasileiras:** Seu controle ou o Caos. O que os cidadãos devem fazer para a humanização das cidades no Brasil. São Paulo: Studio Nobel, 1992.

CARRIL, Lourdes. **Quilombo, favela e periferia:** a longa busca da cidadania. São Paulo: Annablume: FAPESP, 2013.

CONCEIÇÃO, Fernando. **Cala boca Calabar:** a luta política dos favelados. Petrópolis: Editora Vozes, 1984.

FUNDAÇÃO GREGÓRIO DE MATOS. **Salvador Cultura Todo Dia**, 2019. Calabar. Disponível em: http://www.culturatododia.salvador.ba.gov.br/vivendo-polo.php?cod_area=9&cod_polo=9. Acesso em: 5 jan. 2019.

HARVEY, David. **A justiça social e a cidade**. São Paulo: Editora Hucitec, 1980.

HARVEY, David. **Cidades Rebeldes:** do direito à cidade à revolução urbana. São Paulo: Martins, 2014.

KOWARICK, Lúcio. **A espoliação urbana**. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

MARICATO, Ermínia. **O impasse da política urbana no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

MIRANDA, Bruna da Silva Ferreira; REIS, Haydéa Maria Marino de Sant´anna. O espaço urbano e a exclusão social. *In*: Lima, Jacqueline de Cássia Pinheiro (Orgs). **Identidade e Pertencimento:** A cidade como construção de sociabilidades. São Paulo: Pontocom, 2018, p. 113-121.

NASCIMENTO, ABDIAS. **O Quilombismo**. Petrópolis: Editora Vozes, 1980.

PAIXÃO, Marcelo. **Desenvolvimento humano e relações raciais**. Rio de Janeiro: Dp&A, 2003.

ROLNIK, Raquel. **Guerra dos lugares:** A colonização da terra e da moradia na era das finanças. São Paulo: Boitempo, 2015.

Capítulo 8

Prisão, controle social e direitos humanos: algumas notas sobre a segurança pública no Brasil

Rosane Cristina Moreira de Souza
Warllon de Souza Barcellos

1. INTRODUÇÃO

Apesar de o tema prisional parecer velho e saturado, acreditamos que sua originalidade se baseia na busca do pensamento dialético em que o velho apresenta contornos novos, com rupturas e continuidades complexas e que exigem produções de novas abordagens que possam compor as estratégias contemporâneas.

As reflexões partem do Sistema Carcerário carioca, cujo cenário apresenta desafios a uma construção contra hegemônica, respaldada pela defesa do humano e da humanidade. As questões que aqui alimentaram o interesse investigativo partem da ótica profissional do Serviço Social, cuja ética fundamenta-se na intransigente luta pelos direitos, liberdade, democracia, justiça social e emancipação humana.

No Brasil, desde a década de 90, os espaços prisionais têm demonstrado a necessidade de investigações e pesquisas comprometidas com essa possibilidade de resistências antidireitos. Assim, pensamos que o tema afirma a sua urgência e justifica estudos continuados de diversas disciplinas.

2. A PRISÃO: VELHAS E NOVAS FORMAS DE CONTROLE SOCIAL DOS POBRES

O recuo histórico sobre o Sistema Penitenciário Brasileiro, com recorte no estado do Rio de Janeiro, deve se iniciar destacando que o perfil dessa população é bastante diferente comparado à década de 90 do século XX. Naquele período, ainda havia um resquício dos presos políticos da ditadura e que notadamente foram sendo alterados, com novas e velhas histórias.

Nesse período transitório, a realidade prisional foi atravessada pelos lemas que motivaram as prisões políticas: *Paz*, *Justiça e Liberdade*. Esses lemas se mantiveram para os novos lideres de facções criminosas, ainda que muito longe do espírito motivador daquele tempo. Essa particularidade provoca inquietações que produziram diversas pesquisas a respeito.

As tradicionais práticas cotidianas das prisões foram atropeladas pelo crescimento da população encarcerada e o descompasso desse crescimento teve como nefasta consequência um verdadeiro caos na execução das Leis e Regimentos criadas nos meados de 80. O número de aprisionados começou a crescer nesse período e alcançou um número insustentável no final da década de 1990. As modificações que foram sendo implantadas desde os anos 1980 no sistema carcerário o tornaram ainda mais complexo e com dinâmica bastante instigante, pois este se associou à construção de subjetividades punitivas, estruturado nesse novo modelo de gestão do Estado Neoliberal.

As particularidades sócio-históricas fazem com que essa dinâmica tenha ganhado força, nos meados dos anos 1990, quando vemos crescer de forma acelerada a construção de prisões, acumulando problemas sociais que não se resolveram com a criminalização das classes subalternizadas. Os dados estatísticos do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen), ligado ao Ministério da Justiça, atestam essa afirmativa. O encarceramento cresceu na mesma proporção do descumprimento mínimo das Leis de Execução Penal, no que tange às condições individuais para o cumprimento da pena.

O que se viu, na longa década de 1990, foi que a criação de mais prisões não resolveu, por exemplo, a questão das vagas necessárias para o contingente crescente de pessoas que eram presas. Essas vagas ociosas, somadas a tantas desassistências ao aprisionado, transformaram o sistema num gargalo que desafia as políticas penitenciárias e a Lei de Execução da Pena.

O crescimento desordenado do sistema desencadeou um efeito para outras secretarias e provocou uma caótica realidade: a superpopulação das delegacias de polícia. Locais cuja missão, até a primeira década do século XXI, era apenas investigar os atos e processos criminais, passaram também a executar a custódia prisional. Isso levou a um superpovoamento dos presos provisórios sob a sua custódia, produzindo longo período de revisões dessa tragédia anunciada.

As indagações que foram se construindo sobre a motivação desse aumento da população, que ia afastando as possibilidades de cumprimento mínimo da Lei de Execução da Pena, foram sendo respondidas nos meandros das metas consagradas pela Secretaria de Segurança do Estado. Os estímulos criados consagraram a participação nos méritos para alcance de gratificações, com o respectivo aumento de prisões que as corporações faziam.

Não foi de se estranhar que passássemos a ter um perfil de presos muito jovens, pelos artigos de tráfico e pequenos furtos, pertencentes a um grupo social com traços de vulnerabilidades, foco das políticas de assistência social. Essa população jovem encarcerada do século XXI vinha sendo tirada da cena social, com o mito dos perigosos, parafraseando Batista (2009). Muitos oriundos dos grupos cujas vulnerabilidades foram transformadas em criminalidade e somavam a população em situação de rua, que enfrentam muito mais desafios nos espaços prisionais.

A prisão, como uma das instituições de controle social da sociedade, afirma princípios que a justificam como sendo uma das mais modernas formas de conter a criminalidade do capitalismo, baseados na ressocialização. Tem como orientador desse processo de reabilitação social o falacioso método de controle

baseado na Vigilância e na Punição aos corpos[1]. Como apontado pelo estudo de Foucault (2001), a instituição prisional, desde seu nascedouro, mostra-se incapaz de alcançar as finalidades as quais se propõe, negando os atributos ressocializadores que os reformadores apontavam no seu início. Sobretudo, ao afastar os sujeitos criminosos das relações com a família, com a comunidade, contribui para a criação de estigma como seres desmerecedores de dignidade e respeito.

As prisões de todo o mundo avolumam velhos problemas que suas administrações se mostram incapazes de resolver, no que tange ao principio ressocializador, visto que as reincidências prisionais são incontestantes. Zaffaroni (1991) destaca que essas são características das sociedades excludentes. Para o autor, o sistema segrega os indivíduos e não recupera ninguém.

A perseguição às classes subalternas, estampadas nas operações policiais bem como na política de estímulo em prender, constrói o programa das sociedades excludentes.

Destaque-se que, no Brasil, temos também outros velhos problemas causados pela ausência de uma real política de tratamento baseado nos Direitos, como previstos na Lei de Execução Penal de 1984. É uma verdadeira barbárie aos Direitos Humanos dos que pretensamente deveriam pagar por seus crimes e serem preparados para o retorno a sociedade.

O Sistema Prisional Brasileiro possuía, à época da escrita desta pesquisa, uma população carcerária de 381.112 presos entre homens e mulheres. São mais de

1 Em *Vigiar e Punir*, Michel Foucault apresenta uma longa pesquisa que demonstra que, nas sociedades anteriores ao capitalismo, há uma substituição das formas de punições públicas para uma forma privada de exercício, baseado em austeras estruturas panopticas de preparar o indivíduo, como uma forma justa e humana de reparação de erros contra a sociedade praticados pelos indivíduos.

1.700 unidades carcerárias entre penitenciárias, cadeias e hospitais, além das delegacias que abrigam os presos provisórios espalhados pelo território nacional. O déficit de vagas no Sistema atinge 126 mil e, para atender a toda essa população, o governo investe cerca de 3,5 bilhões de reais por mês (BRASIL, 2008). Avalia-se que o sistema responsável pela aplicação da Justiça Penal é um dos mais graves problemas do governo e da sociedade brasileira.

O Sistema Carcerário do Estado do Rio de Janeiro aponta nos registros do 2º Semestre de 2014 que o Sistema mantém 8.056 pessoas reclusas sob a responsabilidade da Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP). Em 2009, o sistema continha uma população 43% maior que sua capacidade, provocando o superpovoamento das unidades. Observa-se que a manutenção desses presos nos estabelecimentos carcerários é onerosa para os governos e, considerando o alto índice de reincidência, não gera resultados eficazes, caso se atente à ideia humanizadora da ressocialização.

Segundo as informações do Infopen[2], em 2014, a população prisional brasileira chegou a 607.731 pessoas (BRASIL, 2014). Atualmente, existem cerca de 300 presos para cada cem mil habitantes no país. A quantidade de presos é consideravelmente superior às quase 377 mil vagas do sistema penitenciário, totalizando um déficit de 231.062 vagas. O total de pessoas privadas de liberdade, em 2014, era 6,7 vezes maior do que em 1990. Desde 2000, a população prisional cresceu, em média, 7% ao ano, totalizando um crescimento de 161%, valor dez vezes maior que o crescimento da população brasileira, que apresentou aumento de apenas 16% no período, em uma média de 1,1% ao ano.

2 O Infopen é um sistema de informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro. O sistema, atualizado pelos gestores dos estabelecimentos desde 2004, sintetiza informações sobre os estabelecimentos penais e a população prisional.

Os dados coletados sobre o sistema prisional, até junho de 2014, incluem, ainda, 147.937 pessoas em prisão domiciliar. O próprio Relatório do Infopen, diz que:

> Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2014, havia cerca de 147.937 pessoas em prisão domiciliar. Se somarmos esse valor à população prisional brasileira contabilizada pelo Infopen, constata-se que há 775.668 pessoas privadas de liberdade no Brasil (BRASIL, 2014).

O desenho quantitativo das pesquisas demonstra que a execução Penal é um desafio, visto pelo abismo entre a execução da Lei de Execução Penal – LEP (BRASIL, 1984) e a estrutura carcerária do Brasil, que em muito dificulta as pretensões de ressocialização.

Ainda, nenhuma dessas assistências é materializada. Faltam colchões, remédios, lençóis, roupas e outras necessidades materiais que são do dever do Estado. Estas passam a ser atendidas pela família, nos dias de visitas, ou pela solidariedade de doações religiosas diversas.

Além disso, há brutal falta de recursos humanos, pois a prisão, enxergada como uma instituição de custodia e segurança, nega a importância e a necessidade de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos etc. O Estado, nesses termos, é o principal violador da lei que criou.

Um pequeno retrato da prisão já atesta os altos índices de reincidentes prisionais, pois são locais que mantêm sua velha forma de vigilância e punição, tornando-se verdadeiras “universidades do crime” criando um ciclo vicioso:

> O que esperar da segregação de internos ociosos e incapacitados por uma longa história de encarceramento e marginalidade para o convívio

> na sociedade civil, de quem são objetos de suspeita e discriminação, se não a reincidência no crime (PAIXÃO, 1991, p. 10).

A falência do sistema carcerário brasileiro tornou-se tema privilegiado de diversas pesquisas que não se cansam de demonstrar quantitativamente tal fracasso. No Rio de Janeiro, verificamos a mesma falta de infraestrutura das cadeias, falta de assistência à saúde, material, humana e as diversas violências contra os internos. Tudo isso contribui para a reincidência e o aumento da criminalidade:

> (...) jamais a privação de liberdade atingiu o objetivo de 'ressocializar' o infrator pela simples razão de que é absolutamente contraditório esperar que alguém aprenda, de fato, a viver em liberdade estando privado de liberdade (LEMGRUBER, 1997, p. 3).

No Brasil, as condições prisionais extremamente desumanizadas e a morosidade do judiciário foram alvo de muitas rebeliões nas unidades prisionais, sobretudo nas décadas de 80/90. Notícias de rebeliões ocupavam o noticiário telejornalístico e deram visibilidade às reais condições do funcionamento prisional que se propunha a tornar as pessoas melhores. Ao contrário, a realidade das prisões deu origem a análises de diversas disciplinas, comprometidas com o veio crítico de sinalizar que esses locais, da forma como funcionavam, tornavam-se escolas do crime.

> Nesses eventos, as portas das prisões brasileiras são abertas à visibilidade pública, seja através do relato de visitas de autoridades e de representantes da sociedade civil organizada, seja através das câmaras de televisão, das ondas do rádio ou das acres letras da imprensa. E o espetáculo apresentado não pode deixar de ser dantesco. As cenas são por demais fortes: o escuro das celas, a sujeira pelos cantos, a alimentação insossa, a falta de higiene, o perigo disseminado por todos os cantos e corredores, as doenças convivendo par a par com a saúde, os

> espancamentos e agressões gratuitas, as violações sexuais (ADORNO, 1998, p. 15).

Salla (2001), ao analisar as rebeliões ocorridas nas prisões brasileiras, também reitera que elas desnudam as variadas questões que atravessam o cotidiano carcerário e as péssimas condições dessas instituições que se propõem a ressocializar:

> As rebeliões nos colocam, com frequência, diante (...) de aspectos incômodos da vida nacional que vem sendo combatidos, mas nem sempre contidos ou eliminados pelas forças sociais e políticas que, desde meados de 80, buscam o pleno funcionamento do direito no país (WACQUANT, 2003a, p. 23).

As análises de Lemgruber (1997), Adorno e Bordini (1989) e Salla (2000) atestavam a falácia desse sistema. As pesquisas, construídas a partir dessa realidade, deram visibilidade à falta de condição das prisões, tornando-se vias de análises críticas relevantes, permitindo denúncias sérias sobre a ineficácia da Lei de Execução Penal, bem como dos regimentos dos Estados na condução da missão de ressocializar.

> Por maior o desprezo de parte substantiva da sociedade brasileira para com as condições de vida e mesmo o destino do preso, ninguém pode se revelar indiferente diante do cenário oferecido pelas prisões: às mais precárias condições de habitabilidade e à falta de serviços de apoio, assistência e educação vêm se associar uma violência desmedida e incontrolável, grave obstáculo a qualquer proposta de reinserção social de quem quer que tenha algum dia, em momento qualquer, transgredido as normas jurídicas desta sociedade e, por conseguinte, sido punido pela Justiça pública (ADORNO, 1998, p. 18).

A missão histórica do sistema prisional, nesse sentido, lembra alguns dos enfoques analíticos sugeridos por Wacquant (2003a), quando sugere que as prisões contemporâneas substituem os guetos, demonstrando as novas formas de exclusão vigente na sociedade:

> As prisões americanas estão cheias, não de 'predadores violentos', mas de criminosos não violentos e de vulgares delinquentes. (...) O encarceramento serve antes de tudo para 'governar a ralé' que incomoda bem mais do que para lutar contra crimes de sangue (WACQUANT, 2003a, p. 35).

Assim, acertam os estudos comprometidos em desvelar o emaranhado complexo em que se situam as instituições carcerárias, quando realçam a falácia do sistema de ressocialização e dão visibilidade à prisão como um dos sistemas de segregação mais eficazes e de criminalização da pobreza. Não servem para reintegrar à sociedade, mas para segregar aqueles que não se inserem dentro da lógica do mercado. Além disso, estimulam uma economia de segurança e do medo altamente lucrativa na contemporaneidade.

O "novo governo da insegurança social", conceito recente lançado por Wacquant (2003a), estaria baseado numa primeira ruptura com o binômio crime/castigo, superado na contemporaneidade. No Brasil, uma tentativa de ruptura com os modelos eminentemente punitivos inicia-se com a LEP (BRASIL, 1984), que tem uma inovadora visão dos Direitos Humanos.

Para o autor, esse novo tipo de governo, com foco na segurança, apresenta outra questão importante: a associação das políticas assistenciais com as políticas penais. Observa-se que, através das metas meritocráticas criadas para a área de segurança no Rio de Janeiro, criou-se um verdadeiro estado de intolerância nas áreas urbanas. Amontoa-se o número de prisões para ganhar o prêmio. E, para tanto, a intolerância passa a ser o tom dessas políticas.

Esse "giro político punitivo", adotado pelas polícias e por toda a área da segurança, serve para dar conta dos processos concomitantes de desregulação econômica e redução da assistência social iniciados pelo fim da era dos direitos, propagados no governo FHC, na década de 1990.

Ressalta-se, no conceito de gestão da insegurança, a articulação das políticas econômicas e assistenciais do projeto neoliberal com o que chamamos de adesão subjetiva à barbárie, contribuindo para a expansão e reorganização da prisão, bem como às instituições de custodiamento. De modo que o próprio Estado se converteu em Estado penal, que age como "potente motor cultural" com suas próprias imagens punitivas e de intolerâncias.

> O encarceramento tornou-se assim uma verdadeira indústria – e uma indústria lucrativa. Pois a política do 'tudo penal' estimulou o crescimento exponencial do setor das prisões privadas, para o qual as administrações públicas perpetuamente carentes de fundos se voltam para melhor rentabilizar os orçamentos consagrados à gestão das populações encarceradas (WACQUANT, 2003a, p. 31).

No Brasil, há realmente uma espécie de "obsessão pela segurança", que começa nos espaços da vida privada, onde são estimulados sistemas de seguranças de todos os níveis. E que também se expressa através das novas modalidades de expansão dos policiamentos, das ações da polícia, chegando às milícias. A realidade é complexa e tensa e os muros da prisão são suas testemunhas. Percorrer seus elementos constitutivos complexificados exige um arcabouço crítico, com claro compromisso de desvendar as contradições que permeiam as prisões. Dentre as abordagens mais críticas, fala-se que a complexidade dessa realidade vem conduzindo as produções sobre o tema a um abismo teórico-metodológico, pois a crítica ao sistema punitivo e ao grande encarceramento trata apenas de encontrar formas para melhorar seu funcionamento. O controle territorial da pobreza e seus riscos fundamentam um cruel domínio que transforma as

periferias em espaços subjetivos, onde há forte desejo de punir os condenados da cidade, como bem sinaliza Wacquant (2003b), ao reforçar o Estado Penal como potente motor cultural.

A ideia de Estado Penal é que vai possibilitar as novas estratégias de controle exigidas pelos processos de privatização, desregulamentação econômica e flexibilização do trabalho. Assim, a interpretação penal de uma insegurança social vai legitimando esse gigantesco e desumano cenário.

> O Estado penal, que substitui peça por peça o embrião de Estado social, é, ele mesmo, incompleto, incoerente, e muitas vezes incompetente, de maneira que não poderia preencher as expectativas irrealistas que lhe deram origem nem as funções sociais que, tacitamente, ele tem a missão de paliar (WACQUANT, 2003a, p. 20).

O medo torna-se o vetor que direciona as políticas públicas, dirigidas ou não, à questão criminal. O neoliberalismo age através da compreensão da dupla regulação das "frações inseguras do proletariado pós-industrial". A conjuntura agora é de crise do paradigma neoliberal nas Américas, com experiências singulares. E a tarefa desafiante dos estudos e pesquisas é de desconstruir a "adesão subjetiva à barbárie", propondo novos horizontes de sociabilidade e a construção de novos espaços coletivos. O capitalismo pós-industrial ou neoliberal abandonou as ilusões correcionais e as ideologias "re" para se atirar ao encarceramento em massa, à constituição dos bairros pobres em *locus* da perseguição da polícia, do aumento da truculência policial e do extermínio da vigilância sobre a vida cotidiana.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As graves questões que atravessam o cotidiano prisional não são novas, perduram e mostram uma tendência de serem agravadas nesses próximos anos. Reporta-se ao Imenso Estado Penal construído no processo da crise capitalista, iniciada no último quartel do século xx e agravada no decorrer do século xxi. A consequência imediata é a instalação de uma política de cortes nos gastos públicos e de segurança persecutória e de intolerância aos pobres.

As classes subalternizadas, os locais de suas moradias e o modo particular de viver serão os principais alvos da política de segregação e de punição. Acredita-se na estreita relação desse processo de criminalização das classes subalternas com o crescimento das operações policiais de tolerância mínima e de prisionização crescente nessas últimas duas décadas. Essa política será a responsável pelo crescimento desordenado dessa população encarcerada e coloca o tema no centro do debate político, inclusive da privatização das prisões, que seria um outro tema interessante de explorar[3].

Os ajustes que vêm sendo implantados na linha dura neoliberal apresentam, mundialmente, desafios na garantia das conquistas produzidas historicamente pela luta de classes. O número de desempregados não para de crescer e apresenta particularidades sócio-históricas importantes de serem destacadas. Situar o Brasil nos obriga a lembrar os cortes nos gastos na assistência às famílias, a cultura da barbárie que contribui com a intolerância e a radical perseguição dos pobres. Tudo isso acaba por transformar o Brasil num dos países que mais encarcera no mundo.

3 Eugênio Zaffaroni, em entrevista ao consultor jurídico, em 5 de julho de 2009, diz: "Não é uma tendência atual, mas vai acontecer nos próximos anos. Vamos ter uma luta econômica entre a indústria da cadeia e de segurança com a indústria eletrônica. No momento, a indústria da cadeia é forte, pelo menos nos países centrais, como Estados Unidos. Mas, no final, a indústria eletrônica vai ganhar".

Aqui os retrocessos no tratamento dos Direitos Humanos dentro das políticas sociais são notórios, mas é no cotidiano das prisões que esse declínio apresenta desafios particulares. Isso se reflete na manutenção das condições precaríssimas de aprisionamento em todo país, com repercussões que afetam a saúde dos presos, assim como os acessos a direitos previstos na Lei de execução penal.

Porém, alguns temas deveriam fazer parte da agenda de construção de uma política penitenciária no Brasil. O primeiro seria o de buscar prender menos e usar mais as penas alternativas para os crimes intitulados de baixa e média periculosidade, estipulados pelo Código Penal, exigindo articulações com o sistema e justiça criminal. Também, reconhece-se que alguns esforços foram sendo implantados pelo Departamento Penitenciário (DEPEN)[4], porém de maneira insuficiente para suplantar a política de encarceramento em pleno desenvolvimento, que produz o colapso desse sistema.

Vale ainda dizer que poderia funcionar melhor o previsto na LEP, artigo 72, que atribui ao Depen a responsabilidade de assistir tecnicamente às unidades espalhadas pelo país, promovendo maior proximidade entre governo federal e os estados, visando fortalecer e qualificar o tratamento penitenciário.

Por fim, sabemos que o modelo de prisão, por melhor que seja, conforme Zaffaroni (1991), não possibilitaria a missão de ressocializar que o justifica. Mas, enquanto a abolição das prisões for impossível na sociedade de classes, que se possa acreditar e apostar em programas baseados no acompanhamento individual da pena, da família e de condições humanizadas para o cumprimento dela.

4 Conforme informação do Infopen, o DEPEN criou as audiências de custódia, objeto de acordo de cooperação entre o Ministério da Justiça e o Conselho Nacional de Justiça, que consistem na garantia da rápida apresentação da pessoa presa a um juiz nos casos de prisões em flagrante. Na audiência, são ouvidas as manifestações do Ministério Público, da Defensoria Pública ou do advogado da pessoa presa. Além de analisar a legalidade e necessidade da prisão, o juiz pode verificar eventuais ocorrências de tortura ou de maus-tratos.

Para além da prisão, reitera-se que a realidade prisional de todo o mundo possui fortes traços de segregação e extinção dos pobres da sociedade de classe. Exalta-se também a importância das resistências e lutas por uma nova sociedade, construída na intransigente defesa dos Direitos Humanos.

Referências

ADORNO, Sérgio. Prisões, Violência e Direitos Humanos no Brasil. *In*: **Seminário de Direitos Humanos no Século XXI**. IPRI – Fundação Alexandre Gusmão. Setembro/1998.

ADORNO, Sérgio; BORDINI, Eliana Blumer T. Reincidência e reincidentes penitenciários em São Paulo, 1974-1985. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 3. n. 9, p. 70-94, 1989.

BATISTA, Vera Malaguti. **Difíceis ganhos fáceis**: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia, Editora Revan, 2009.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen – Dezembro de 2008**. Brasília: DEPEN, Ministério da Justiça, 2008. Disponível em: http://www.mj.gov.br/depen/. Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen – Dezembro de 2014**. Brasília: DEPEN, Ministério da Justiça, 2014. Disponível em: http://www.mj.gov.br/depen/. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [1984]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

LEMGRUBER, Julita; PAIVA, Anabela. **A Dona das chaves:** Uma mulher no comando das prisões do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Record, 2010.

PAIXÃO, Antônio Luiz. **Recuperar ou Punir?**: Como o estado trata o criminoso. 2. ed. v. 21. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1991.

SALLA, Fernando. A retomada do encarceramento, as masmorras high tech e a atualidade do pensamento de Michael Foucault. **Cadernos da FFC**, Marília, v. 9, n. 1, p. 35-58, jan., 2000.

SALLA, Fernando. Rebeliões nas prisões brasileiras. *In*: **Serviço social e sociedade**, São Paulo, n. 67, p. 18-37, Ano XXII, Especial, set.-dez., 2001.

WACQUANT, Loïc. **Punir os pobres:** A nova gestão da miséria nos Estados Unidos. 2. ed. Col. Pensamento Criminológico. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2003a.

WACQUANT, Loïc. **Os condenados da Cidade**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2003b.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Em busca das penas perdidas**: a perda da legitimidade do sistema penal. Rio de Janeiro: Revan, 1991.

Sobre autores

ANA CLAUDIA DE JESUS BARRETO

Graduada em Serviço Social pela Universidade Católica do Salvador, mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora e doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente do curso de Serviço Social da Universidade do Estado de Minas Gerais – Unidade Carangola.

ANA MARIA BAIMA CARTAXO

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Ceará (1969), mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1992) e doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2003). Atualmente, é Professora Adjunta – II aposentada da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), vinculada como voluntária ao Programa de Pós-Graduação de Serviço Social. Tem experiência na área de Previdência Social, com ênfase em Serviço Social.

ANDRÉA DE SOUSA GAMA

Assistente Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1991). Mestre (1997) e doutora (2012) em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Professora Adjunta da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e membro do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social dessa unidade de ensino. Atua como pesquisadora na área de Gênero, Trabalho e Família. Integrante da Rede de pesquisadores em Família e Políticas Sociais (REFAPS), autora do livro *Trabalho, família e gênero: impactos dos direitos do trabalho e da educação infantil*. Atualmente, é a coordenadora geral pela UERJ da execução da segunda fase do Capacita SUAS/Rio de Janeiro.

CARLOS ANTONIO DE SOUZA MORAES

Doutor em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP 2016); mestre em Política Social pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF-2009); bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF-2006); Professor Adjunto na Universidade Federal Fluminense, Departamento de Serviço Social de Campos Goytacazes/RJ. Professor permanente do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social (UFF/Niterói);

líder do Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde (GRIPES – CNPq). Tem atuado no ensino, pesquisa e extensão com temáticas inseridas, prioritariamente, nas seguintes áreas: serviço social, formação, trabalho e mercado de trabalho profissional; serviço social e trabalho profissional na área da saúde.

CYNTHIA SANTOS FERRAREZ

Doutoranda e mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) com bolsa Capes. Professora do curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Minas Gerais – Unidade Carangola. Especialista em Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais por CFESS/ABEPSS e UnB, graduada em Serviço Social pela Faculdade de Minas – FAMINAS.

GISELLE LAVINAS MONNERAT

Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (1983) e mestrado (1996) e doutorado (2009) em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz/ENSP. Atualmente, é professora adjunta da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tem experiência em ensino, pesquisa e extensão no campo das políticas sociais e serviço social, notadamente em estudos sobre processos de implementação de políticas e programas sociais nas áreas de saúde, assistência social, serviço social, gestão em saúde, gestão descentralizada, intersetorialidade e programas de transferência de renda.

MARCO JOSÉ DE OLIVEIRA DUARTE

Assistente Social. Especialista em Saúde Coletiva (UNICAMP) e em Serviço Social e Saúde pelo Programa de Residência em Serviço Social do HUPE/UERJ. Mestre em Serviço Social (UFRJ), doutor em Serviço Social (UERJ) e pós-doutor em Políticas Sociais (UCSal). Coordenador do NEPS/CNPq da UERJ e do GEDIS/CNPq da UFJF. Professor adjunto da Faculdade de Serviço Social e do Corpo Permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Professor Colaborador do PPGSS da UERJ. Bolsista de Produtividade do CNPq.

NEY LUIZ TEIXEIRA DE ALMEIDA

Professor Adjunto da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduado em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1986), mestre em Educação pela Universidade Federal Fluminense (1996) e doutor em Educação pela Universidade Federal Fluminense (2010). Tem experiência nas áreas de Educação e de Serviço Social. Membro do corpo de professores permanentes do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da

Faculdade de Serviço Social da UERJ e membro do corpo de professores colaboradores do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da (PPFH) da UERJ.

ROSANE CRISTINA MOREIRA DE SOUZA

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (1988) e mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2000). Atualmente, é assistente social do Tribunal de Justiça de São Paulo, com experiência técnica no Sistema Prisional do Estado do Rio de Janeiro e experiência docente há 15 anos. As últimas experiências na docência ocorreram na Faculdade Redentor em Campos dos Goytacazes e na Universidade Federal Fluminense.

SABRINA PEREIRA PAIVA

Doutora pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, turma 2010-14. Possui graduação na Faculdade de Serviço Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora (1998) e mestrado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2000-2002). Tem experiência na área de Saúde Coletiva e Serviço Social como docente e pesquisadora. Atualmente, atua como professora da Faculdade de Serviço Social e atua na área de Políticas de Seguridade Social, Gênero, Direitos Sexuais e Reprodutivos. Atua como professora adjunta da Faculdade de Serviço Social da UFJF e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFJF. Pesquisadora do GEDIS/CNPq da UFJF.

WARLLON DE SOUZA BARCELLOS

Doutorando em Sociologia Política pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF), coordenador e professor do curso de Serviço Social na Universidade Estadual de Minas Gerais – Unidade Carangola. Professor do curso de Serviço Social do Centro Universitário Redentor. Graduado em Serviço Social pelo Centro Universitário Redentor (2010). Mestre em Políticas Sociais pela UENF (2016). Coordenador do Núcleo de Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social (NEPSSS/CNPq). Tem experiência na área de Serviço Social, Saúde Mental e Drogas e Atenção Psicossocial.

Este livro foi produzido pela **Editora da Universidade do Estado de Minas Gerais – EdUEMG** em janeiro de 2021. O texto foi composto em Source Sans Pro, desenvolvida por Paul D. Hunt, e URW Antiqua, pela URW Type Foundry GmbH. Para obter mais informações sobre outros títulos da EdUEMG, visite o site: **eduemg.uemg.br**.

Confira outros títulos da EdUEMG

Direitos humanos e capital: desafios e desenvolvimento diante das crises da atualidade

Organizadores:
Fernando Melo da Silva e Robert Augusto de Souza

Acesse aqui

O 1º Seminário de Direitos Humanos e Capital teve como pano de fundo discussões sobre as movimentações do panorama econômico e sociopolítico global em um período assolado por uma crise multissetorial, cujos reflexos têm atingido em especial as questões pertinentes aos direitos humanos e sua efetivação face aos interesses do capital e as normas jurídicas que o regem. A análise dessa problemática gerou a presente obra, cujos textos abordam dentre outras coisas: o desmonte das instituições fruto do Estado de bem-estar social; a precarização do trabalho; a consumerização da vida; a relativização da dignidade da pessoa humana; e a rediscussão das liberdades individuais face aos novos contornos do capital na atualidade.

Mulheres, crianças e negritudes: ensino, pesquisa e extensão

Organizadores:
Érika Amorim Tannus Cheim e Jairo Barduni Filho

Acesse aqui

A obra 'Mulheres, crianças e negritudes' se dedica à tríade gênero-infância-raça e convida o leitor a questionar as relações sociais e suas problemáticas contemporâneas, como o *bullying*, a violência de gênero contra as mulheres e o racismo. Este texto se configura como um instrumento que instiga a reflexão sobre as hierarquias sociais que marcam nossa sociedade e impõem desigualdades.